



**CATÓLICA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE OUTROS PROFISSIONAIS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA OBTENÇÃO  
DO GRAU DE MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS

**POR**

*ANA SOFIA BAPTISTA BRAZ*

**LISBOA, OUTUBRO 2024**



**CATÓLICA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE OUTROS PROFISSIONAIS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

## ***Knowledge of Palliative Care Among Healthcare and Other Professionals***

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA OBTENÇÃO  
DO GRAU DE MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS

**POR**

*ANA SOFIA BAPTISTA BRAZ*

**SOB ORIENTAÇÃO**

*PROF<sup>ª</sup>. DOUTORA MARIA DOS ANJOS DIXE*

*PROF<sup>ª</sup>. DOUTORA ANA ISABEL FERNANDES QUERIDO*

**LISBOA, OUTUBRO 2024**

## RESUMO

**Introdução:** O aumento da carga de doença no final da vida, particularmente em populações envelhecidas, evidencia a necessidade urgente de Cuidados Paliativos eficazes. Estes cuidados visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças incuráveis e progressivas, assim como de suas famílias. No entanto, o sucesso dos cuidados paliativos depende significativamente do conhecimento, atitudes e competências dos profissionais de saúde. Neste contexto, torna-se crucial avaliar os conhecimentos dos profissionais envolvidos para garantir que os cuidados prestados sejam adequados às necessidades específicas dos doentes em fim de vida.

**Metodologia:** Este é um estudo observacional e transversal com uma amostra não probabilística por conveniência, cuja população-alvo inclui profissionais de saúde e outros profissionais que trabalham em serviços que atendem pessoas doentes com necessidades paliativas num hospital de agudos e nos cuidados de saúde primários. Foram aplicados questionários específicos, constituídos por 60 itens para profissionais de saúde e 53 itens para outros profissionais não-clínicos, abrangendo diferentes domínios dos Cuidados Paliativos para avaliação de conhecimentos. O estudo teve a aprovação ética e a sua operacionalização ocorreu sob a forma de *e-survey*.

**Resultados:** Os resultados indicaram que os conhecimentos sobre cuidados paliativos entre os profissionais de saúde e outros profissionais são insuficientes em vários domínios. A percepção de insuficiência nos conhecimentos e competências foi evidente. Foi também identificada uma necessidade premente de melhorar a formação e competência em cuidados paliativos para todos os profissionais envolvidos.

**Conclusões:** O estudo conclui que é essencial implementar programas de formação contínua em cuidados paliativos, focando não apenas o aumento do conhecimento teórico, mas também no desenvolvimento de habilidades práticas e de comunicação. A implementação de políticas de saúde que garantam o acesso universal aos cuidados paliativos e a formação especializada dos profissionais são passos essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos doentes em fim de vida.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The increase in disease burden at the end of life, particularly in aging populations, highlights the urgent need for effective palliative care. This care aims to improve the quality of life for patients with incurable and progressive diseases, as well as for their families. However, the success of palliative care significantly depends on the knowledge, attitudes, and skills of healthcare professionals. In this context, it becomes crucial to assess the knowledge of the professionals involved to ensure that the care provided meets the specific needs of patients at the end of life.

**Methodology:** This is an observational, cross-sectional study with a non-probabilistic convenience sample, targeting healthcare professionals and others working in services that deal directly with palliative patients in an acute hospital and primary healthcare settings. Specific questionnaires were applied, consisting of 60 items for health professionals and 53 items for other non-clinical professionals, covering different domains of palliative care to assess knowledge. The study received ethical approval and was conducted in the form of an e-survey.

**Results:** The results indicated that knowledge about palliative care among health professionals and other professionals is insufficient in several domains. The perception of insufficiency in knowledge and skills was evident. There was also an urgent need identified to improve training and competence in palliative care for all professionals involved.

**Conclusions:** The study concludes that it is essential to implement continuous training programs in palliative care, focusing not only on increasing theoretical knowledge but also on developing practical and communication skills. The implementation of health policies that ensure universal access to palliative care and specialized training for professionals are essential steps to improve the quality of care offered to patients at the end of life.

**AGRADECO,**

À minha família, pela dedicação e apoio em todos os momentos, com marmitas e amor, e ao meu marido, pelo companheirismo e encorajamento constante.

Aos meus colegas, pelo espírito crítico e apoio durante a construção e divulgação dos questionários.

À minha equipa de cuidados paliativos, pela família que representam e por tudo o que me ensinaram.

Ao Professor Manuel Luís Capelas, pelos ensinamentos e mentoria, sempre com disponibilidade e um sorriso.

À Dra. Cristina Pedrosa, não só pelo apoio prestado no âmbito hospitalar ao longo do processo, como pela amizade e conselhos.

Às minhas orientadoras, Professora Maria dos Anjos Dixe e Professora Ana Querido, as quais tive o prazer de conhecer neste processo, ajudando-me a traçar um rumo e guiando-me ao longo desta caminhada.

E às pessoas e famílias que acompanhei, com quem aprendi todos os dias, por serem verdadeiramente a alma desta profissão e me motivarem a alimentar esta paixão.

A todos, o meu mais profundo obrigada.

## ÍNDICE GERAL

Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico e Conceptual.....	3
1. Disease Burden e Fim de Vida .....	3
2. Conhecimentos em Cuidados Paliativos.....	5
II. Metodologia .....	12
1. Objetivos e tipo de estudo .....	12
2. Amostra .....	12
3. Colheita de dados.....	12
4. Instrumentos de avaliação .....	13
5. Considerações éticas .....	14
6. Análise estatística.....	15
III. Resultados .....	16
1. Profissionais de Saúde.....	16
Caracterização da amostra dos profissionais de saúde quanto às variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação .....	16
Conhecimento sobre cuidados paliativos dos profissionais de saúde .....	17
Relação entre as dimensões dos conhecimentos e entre o nível de conhecimento dos profissionais de saúde e as variáveis e sociodemográficas, profissionais e formativas .....	18
2. Outros Profissionais .....	23
Caracterização da amostra dos outros profissionais quanto às variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação .....	23
Conhecimento sobre cuidados paliativos dos outros profissionais .....	24
Relação entre as dimensões dos conhecimentos e entre o nível de conhecimento dos outros profissionais e as variáveis e sociodemográficas, profissionais e formativas .....	25
IV. Discussão.....	29
V. Conclusões Finais .....	38
Referências Bibliográficas .....	40
Apêndices.....	45

**ÍNDICE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra dos profissionais de saúde quanto às características sociodemográficas e profissionais (N = 253).....	16
Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra de profissionais de saúde quanto à autopercepção sobre o nível de conhecimentos e competência para prestar cuidados paliativos (n=253).....	17
Tabela 3 - Estatística descritiva do nível de conhecimentos (total e por dimensões) sobre cuidados paliativos dos profissionais de saúde.....	18
Tabela 4 - Tabela Correlação de Pearson entre nível de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos e suas dimensões .....	18
Tabela 5 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por sexo dos participantes. ....	19
Tabela 6 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por categoria profissional dos participantes. ....	19
Tabela 7 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por habilitações acadêmicas dos participantes. ....	20
Tabela 8 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por experiência profissional dos participantes. ....	20
Tabela 9 - Percentagem de acertos.....	21
Tabela 10 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por comparação por local de trabalho dos participantes .....	21
Tabela 11 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por formação específica em cuidados paliativos dos participantes .....	22
Tabela 12 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por contacto com doentes em cuidados paliativos dos participantes .....	22
Tabela 13 - Distribuição das respostas da amostra dos Outros Profissionais (N = 56) quanto aos dados sociodemográficos e profissionais.....	23
Tabela 14 - Distribuição das respostas da amostra dos outros profissionais que trabalham em contexto de saúde relativamente à autopercepção sobre o nível de conhecimentos.....	24
Tabela 15 - Distribuição das respostas da amostra dos outros profissionais que trabalham em contexto de saúde relativamente à autopercepção sobre o acesso a cuidados paliativos.....	24
Tabela 16 - Estatística descritiva das dimensões dos conhecimentos dos outros profissionais e respetivas respostas corretas.....	25
Tabela 17 - Coeficientes de correlação entre as dimensões dos conhecimentos sobre cuidados paliativos e entre o total e as dimensões dos outros profissionais .....	25
Tabela 18 - Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis entre o nível de conhecimento por dimensão dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por experiência profissional.....	26
Tabela 19 - Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis entre o nível de conhecimento dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por dimensão e por experiência profissional. ....	26

Tabela 20 - Resultados da aplicação do teste Mann Whitney entre o nível de conhecimento dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por dimensão e por contacto com doentes em cuidados paliativos.....27

Tabela 21 - Resultados da aplicação do teste Mann Whitney entre o nível de conhecimento dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por dimensão e por habilitações académicas.....28

**LISTA DE ABREVIATURAS**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CES-UCP – Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

DP – Desvio Padrão

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EUA – Estados Unidos da América

MD – Média

OP – Outros Profissionais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCKT – Palliative Care Knowledge Test

PS – Profissionais de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

O aumento da carga de doenças, especialmente nas populações envelhecidas, e a prevalência do sofrimento associado a doenças ameaçadoras de vida e em particular à progressão das doenças crônicas, evidenciam a necessidade de cuidados paliativos de qualidade. Esses cuidados são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos doentes com patologias incuráveis e progressivas, bem como de suas famílias, abordando necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. No entanto, a eficácia dos cuidados paliativos depende diretamente dos conhecimentos, atitudes e competências dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, é fundamental avaliar e compreender o nível de conhecimento de profissionais de saúde e outros profissionais que lidam com o sofrimento, especialmente em situações de fim de vida, uma vez que lacunas nesse âmbito podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

O problema central deste estudo reside na avaliação dos conhecimentos sobre cuidados paliativos por parte de profissionais de saúde e outros que interagem com doentes em fim de vida. A relevância, por sua vez, resulta da necessidade de identificar áreas onde o conhecimento possa ser melhorado, contribuindo para uma formação contínua e mais eficaz. Além disso, o estudo pretende destacar a importância de promover a literacia em cuidados paliativos, tanto no âmbito clínico quanto entre os outros profissionais que, embora não estejam diretamente ligados à prática clínica, desempenham um papel relevante no acompanhamento de doentes paliativos.

Os objetivos principais desta dissertação são avaliar o nível de conhecimentos dos profissionais de saúde e outros profissionais sobre cuidados paliativos e determinar a relação entre as dimensões dos conhecimentos e entre o nível de conhecimento dos profissionais de saúde e as variáveis e sociodemográficas, profissionais e formativas. Trata-se de um estudo observacional, transversal e correlacional a realizar em profissionais de saúde e outros profissionais sobre cuidados paliativos. Ao realizar esta análise, espera-se contribuir para uma maior sensibilização sobre a importância dos

cuidados paliativos e para o desenvolvimento de políticas formativas e educativas adequadas às necessidades dos profissionais e dos doentes promovendo uma implementação bem-sucedida de mudança é importante compreender as barreiras e os facilitadores dessa transformação.

Assim, o propósito é descrever os conhecimentos dos profissionais que lidam diariamente com doentes paliativos, enquanto capacidade de cada indivíduo para compreender e usar a informação. Espera-se ser possível identificar focos de atuação formativa e pedagógica, tanto em âmbito hospitalar como comunitário, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados paliativos e em fim de vida prestados.

## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

### **1. DISEASE BURDEN E FIM DE VIDA**

*Disease Burden*, ou "carga da doença", refere-se ao impacto de uma determinada doença ou condição de saúde na população/comunidade e pode ser avaliada considerando fatores como mortalidade, morbidade (doença ou incapacidade) e o impacto geral na qualidade de vida.(1) No final da vida, a carga de doença assume um significado considerável pois pode aumentar substancialmente nesta etapa, afetando não apenas a pessoa doente, mas também os familiares e/ou cuidadores. Estima-se que 48 milhões de pessoas morrerão com sofrimento associado à doença até 2060, quase o dobro em comparação com os 26 milhões de pessoas em 2016(2), aumento predominante nos países subdesenvolvidos, nos idosos e nas pessoas com demência. Em termos globais, o sofrimento grave relacionado com problemas de saúde tornar-se-á mais prevalente, o que significa que a proporção de pessoas que irão experienciar sofrimento antes de morrer será colossal caso se mantenham as atuais políticas de saúde.(2)

Segundo o relatório *Health at a Glance 2020*, quase 40% das pessoas com 65 anos ou mais relatam ter pelo menos duas doenças crónicas e cerca de 30% das pessoas com 65 anos ou mais mencionam pelo menos uma limitação nas atividades da vida diária, o que pode exigir algum tipo de assistência a longo prazo.(3) Nas últimas décadas, a esperança média de vida aumentou nos países da União Europeia (UE) mas tal variação não apresenta relação de proporcionalidade com a qualidade de vida. A agressividade dos cuidados prestados, que tem sido progressiva, e que leva ao desadequado uso de recursos com custos elevados tanto para o doente como para a sociedade, não está associada à melhoria da qualidade dos cuidados, nem ao melhor desempenho clínico. Na verdade, tem-se verificado pior qualidade de vida dos doentes e família, insatisfação com os cuidados e ausência de impacto na taxa de mortalidade.(4) Conseguem-se estabilizar muitos doentes crónicos, assim como agudos e críticos, mas não se abordam as diferentes trajetórias das doenças, nem se presta a devida atenção a questões relacionadas com impacto da doença. O resultado é a inadequada satisfação das

necessidades dos doentes e família, com sobrecarga dos cuidadores, e cuidados dessincronizados das preferências do doente e família, culminando na inapropriada utilização de recursos.(4) Por outro lado, a acessibilidade aos cuidados de saúde pode ser limitada por uma série de razões, incluindo custo, distância à unidade de saúde mais próxima e tempo de espera, défices e assimetrias de cobertura, entraves na referenciação, assim como os recursos disponíveis.(3,5) Se as necessidades de cuidados não são atendidas, o resultado final é a amplificação da carga de doença, com diminuição da qualidade de vida, e consequentemente incremento de gastos em saúde. De maneira geral, os sistemas de saúde estão pouco preparados para disponibilizar cuidados adequados.

Outro aspeto importante, são os custos de fim de vida que contribuem expressivamente para os gastos em saúde. De acordo com vários estudos e relatórios, estima-se que uma proporção significativa das despesas em saúde ocorre no último ano de vida.(6) A percentagem exata varia dependendo da fonte e do estudo específico, pelas assimetrias populacionais existentes e políticas de saúde. Algumas estimativas sugerem que os cuidados no último ano de vida podem representar cerca de 13 a 25% da despesa total em saúde pelo programa Medicare nos EUA.(7) Estudos publicados mostram que os serviços de cuidados paliativos podem ter um efeito moderador a nível dos custos, ao mesmo tempo melhorando a qualidade do atendimento, pelo que a implementação de paliativos oferece uma alternativa eficaz aos doentes em fim de vida.(6)

Os cuidados paliativos surgem assim como resposta a este desafio e visam preservar a melhor qualidade de vida possível da pessoa com doença incurável e/ou grave, que não responde ao tratamento de intuito curativo e com prognóstico vital limitado, e às suas famílias, tanto na vertente física, como psicológica, social e espiritual.(8) Segundo a OMS, estes cuidados são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, e avaliar o sofrimento nas esferas descritas é uma responsabilidade ética global. Assim, independentemente causa (doença cardiovascular, cancro, insuficiência de órgão, tuberculose resistente a medicamentos, queimaduras graves, doença crónica em fase terminal, trauma agudo, prematuridade extrema no nascimento ou extrema

fragilidade da velhice) os cuidados paliativos podem ser necessários e devem estar disponíveis em todos os níveis de cuidados de saúde. (9) Anualmente, estima-se que 56,8 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos, a maioria das quais vive em países de baixos e médios rendimentos, mas apenas cerca de 14% os recebe efetivamente. Entre outras razões, a OMS considera que a escassez de formação dos profissionais, frequentemente limitada ou inexistente, é um agente potenciador. (9)

Estão descritos vários fatores importantes que influenciam o sucesso na prestação de cuidados paliativos, como os conhecimentos, atitudes, crenças e experiências dos profissionais, sendo que determinam os procedimentos e também comportamento durante a avaliação e tratamento dos doentes.(10) Uma projeção estima que a necessidade de cuidados paliativos, em Inglaterra e no País de Gales, dentro de 25 anos, será entre 25 e 47% maior até 2040.(11)

A implementação de unidades e equipas de cuidados paliativos é complexa, mas o desenvolvimento de aptidões, conhecimentos e atitudes dos profissionais têm sido apontados como facilitadores do processo de mudança e crescimento desta área.(12)

## **2. CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Quando se discutem melhorias nos cuidados geralmente o enfoque é o controlo sintomático, o uso de instrumentos de avaliação padronizados, os cuidados em fim de vida e a qualidade dos mesmos, sendo que os aspetos organizacionais e formativos recebem menos atenção, sendo destacado por profissionais em diferentes países a falta geral de conhecimento e o conseqüente impacto na motivação.(13) Está amplamente documentado os profissionais de saúde não estão adequadamente preparados para cuidar da pessoa em sofrimento, identificando-se vários motivos incluindo a formação inadequada, ausência de conteúdo curricular e, simultaneamente, atitudes e crenças relacionadas com estas questões, tanto do corpo docente na fase formativa como dos próprios profissionais durante o exercício laboral.(14–16) Exposição contínua a situações de fim de vida é um recordatório da própria mortalidade, aumentando a ansiedade e a sensação de mal-estar, ao confrontar o profissional com a finitude.(15,17)

Olhando para a população de um modo geral, um estudo realizado na Suíça (18) explorou os níveis de conhecimento sobre os cuidados de fim de vida, através de entrevista onde os participantes responderam a oito perguntas. Em média, acertaram a pouco menos de quatro das oito perguntas sobre as opções de cuidados de fim de vida; as mulheres e os indivíduos com maior escolaridade apresentaram maior score de conhecimento, enquanto o score é menor entre os indivíduos com mais de 75 anos apesar de demonstrarem imediata preocupação.

Outro estudo (19), procurou compreender a percepção e os conhecimentos da população canadiana sobre cuidados paliativos. 45% dos participantes acreditavam que sabiam o que eram estes cuidados, mas apenas 46% desses demonstraram conhecimento real (com base na definição da OMS). Os participantes com maior conhecimento real viam os cuidados paliativos de forma mais positiva, revelando menos medo ou depressão em relação ao termo e uma maior crença de que oferecem esperança. Por outro lado, aqueles com elevado conhecimento percebido, mas baixo conhecimento real, tinham atitudes mais negativas, associando os cuidados paliativos à morte/sofrimento. O estudo revelou equívocos significativos, com 57% das pessoas a verem os cuidados paliativos como sinónimos de cuidados de fim de vida.

No que diz respeito a profissionais de cuidados de saúde primários envolvidos em cuidados paliativos e de fim de vida, uma revisão também canadiana sugeriu que a formação pode melhorar as atitudes, confiança, conhecimento e habilidades percebidas destes profissionais em várias áreas da prática (20).

Vários estudos analisaram o nível de conhecimento utilizando um instrumento específico, o *Palliative Care Knowledge Test* (PCKT). Por exemplo no Brasil (21), o nível de conhecimento dos médicos mostrou-se abaixo do esperado. A maioria dos participantes obteve níveis de conhecimento maus, sendo a filosofia de cuidados a vertente melhor abordada por esses profissionais. Resultados semelhantes com o PCKT foram obtidos avaliando conhecimentos e atitudes em cuidados paliativos no Vietname (22), onde 40,5% dos médicos e 74,2% dos enfermeiros apresentaram conhecimento

insuficiente sobre cuidados paliativos geriátricos. Por outro lado, no Japão (23) o conhecimento dos médicos é significativamente maior, sendo que após a aplicação de um programa regional de cuidados paliativos houve melhorias importantes no conhecimento dos médicos e nas dificuldades percebidas. Em Moçambique (24), um dos 11 países africanos com políticas sobre cuidados paliativos e um dos 6 países que fornecem um serviço de cuidados paliativos, médicos dos três principais hospitais demonstraram possuir um nível básico e precário de conhecimentos, com abordagens ainda muito paternalistas. Noutra avaliação também com base no PCKT, realizada em Espanha (25), foram observados baixos níveis nas dimensões de dor e dispneia, e verificou-se que os médicos possuíam mais conhecimentos sobre cuidados paliativos que os enfermeiros, enquanto os segundos dominavam a filosofia dos cuidados. Ainda neste estudo, médicos mais jovens mostraram maior conhecimento, e encontrou-se que o treino e a experiência profissional demonstraram ser influentes na determinação de um nível de conhecimento significativamente superior. Uma análise transversal na Etiópia (26), examinou o conhecimento e as atitudes de enfermeiros, demonstrando que, embora os enfermeiros tivessem geralmente atitudes positivas em relação aos cuidados no final da vida, o seu conhecimento sobre cuidados paliativos era insuficiente, sublinhando a necessidade de programas de formação mais robustos nesta área.

As discrepâncias observadas nos resultados do PCKT em diferentes países podem ser devido ao contexto cultural, mas também resultam do impacto da formação dos profissionais.(25)

Usando o mesmo instrumento, um estudo transversal realizado na Jordânia (27) encontrou baixos níveis de conhecimento sobre cuidados paliativos, atitudes moderadas e práticas moderadas entre os enfermeiros que cuidam de pacientes com cancro; foram observadas diferenças com base no género, nível de educação, formação em cuidados paliativos e anos de experiência.

Apesar de cuidarem regularmente de pessoas em fim de vida, a literatura relata que as equipas de enfermagem em serviços de oncologia permanecem desconfortáveis a prestar cuidados a estes doentes. Para melhor compreender estas questões, foi

realizado um estudo quase-experimental na Unidade de Hematologia Oncológica e Transplante de Medula Óssea do *Children's Hospital* em Los Angeles. (28) Durante seis meses, enfermeiros participantes realizaram sessões didáticas formativas, exercícios e casos práticos, e discussões interativas. Previamente a esta formação mediram a percepção de nível de conhecimento e conforto em relação aos cuidados em fim de vida, para comparação posterior após a intervenção. Resultados da pesquisa demonstraram aumento do nível de conhecimento e confiança na prestação de cuidados; melhorias significativas foram observadas em várias vertentes, como gestão de terapêutica, segurança na atuação e percepção dos recursos. Mais uma vez, a formação, ou ausência dela, é identificada como a maior barreira na prestação de cuidados em fim de vida adequados; esta deve ser contínua mantendo a atualização de conhecimentos, desenvolvendo em última instância a competência e segurança na prestação de cuidados por parte dos profissionais.

Devido à divisão filosófica, quase paradoxal, entre cuidados de fim de vida e cuidados de emergência, os profissionais dos serviços de urgência (SU) enfrentam grandes desafios na prestação de cuidados a pessoas em fase terminal. Uma revisão integrativa da literatura descreve que a cultura de atendimento neste contexto, assim como as características pessoais do enfermeiro, trajetórias de doença e os recursos disponíveis são fatores que parecem determinar se os enfermeiros em SU se envolvem nos cuidados de fim de vida ou exibem comportamentos de distanciamento.(29) Práticas como modificação do ambiente para maior privacidade, prestar informações às famílias e o controlo de sintomas, podem otimizar a abordagem a doentes paliativos no SU.

A maioria das pessoas, quando questionadas, não escolheria morrer no SU, mas mesmo assim muitas, especialmente em sistemas de saúde desenvolvidos, antecipam que vão morrer no hospital. (30) O aumento das idas ao SU de doentes nos últimos dias ou horas de vida é atualmente uma realidade devido à longevidade, aos avanços médicos e à gestão mais eficaz da doença crónica. Da mesma forma, os idosos em lares são frequentemente encaminhados para o SU quando a equipa ou a família se sentem incapazes de lidar com o aumento da gravidade dos sintomas, e as equipas de

emergência pré-hospitalar, muitas vezes sem formação, sentem-se pressionadas a realizar intervenções agressivas e a encaminharem os doentes para o SU. Com a elevada ocupação de camas no SU e internamento a superar o desejado, ocorre sobrelotação do SU e os médicos e restantes equipa de urgência são levados a adaptar os cuidados à situação precária resultante. (31) A capacidade de reconhecimento de necessidades paliativas num doente que entra pela porta do SU representa o início da mudança de paradigma necessária. A evidência até ao momento destaca que as barreiras para uma boa prestação de cuidados paliativos no SU incluem: atitudes/compreensão dos profissionais, perceção disseminada do SU ser o 'lugar errado para morrer', a carga emocional, a falta de espaço, tempo e recursos humanos e o contexto sociofamiliar. (32–34)

Existem lacunas no conhecimento dos profissionais de saúde na área de cuidados paliativos, acrescido com a pouca literacia pública sobre os mesmos e os seus benefícios. Mulheres, idosos e profissionais de saúde revelaram maior nível de conhecimento e, contrário ao esperado, o contacto prévio dos familiares de doentes hospitalizados em cuidados paliativos não revelou impacto quando comparados àqueles sem tal experiência. Da mesma forma curiosa, os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos enfatizam a carência de aprimorar os conhecimentos nesta área e promover atitudes paliativas, não apenas na população em geral, mas também entre profissionais de saúde. (35)

Um estudo com base em entrevistas de grupo revelou perceções variadas sobre os cuidados paliativos, algumas diferindo dentro dos grupos e entre os profissionais de saúde, sendo que no geral estes cuidados foram expressos como um conceito turvo e confuso e os participantes mostraram ambiguidade sobre quando ocorre a transição para paliativos, pelo que se conclui uma vez mais a necessidade urgente de educação em cuidados paliativos para profissionais de saúde. (36)

É fundamental que os estudantes na área da saúde sejam preparados para desenvolver ações paliativas competentes, para minorar o impacto negativo da doença na qualidade

de vida e bem-estar da pessoa, podendo ser prestadas em qualquer contexto e não exclusivamente em unidades. Diferentes estudos revelam que há ainda um importante caminho a percorrer a nível da formação pré-graduada. (5,37) Está descrita uma discordância entre o conhecimento e as atitudes dos estudantes de enfermagem sobre os cuidados em fim de vida; apesar de apresentarem uma atitude positiva, carecem dos conhecimentos necessários. Ainda neste âmbito, os estudantes de enfermagem do sexo masculino evidenciam maior déficit de conhecimento e uma atitude relativamente mais conservadora.(38)

Cada vez mais existe um movimento internacional para incorporar os cuidados paliativos na formação de estudantes de medicina e médicos internos. No entanto a literatura sugere que a educação do estudante de medicina nesta área é irregular e frequentemente inadequada, e ainda pouco se sabe sobre como isso afeta a oferta e a experiência de cuidados paliativos e de fim de vida dos recém-formados. (39) Uma revisão sistemática de 2019 (40) enfocou esta questão e identificou três principais tópicos relativamente aos médicos internos e recém-especialistas: cuidam de muitos doentes em fase terminal, o que lhes causa muitas vezes sofrimento emocional com vivências que os marcam por muitos anos; sentem-se sem preparação nem apoio na prestação de cuidados a estes doentes, pelo que têm de adquirir as habilidades necessárias por conta própria; geralmente experimentam um ambiente de distanciamento em relação a doentes em fim de vida por parte dos médicos seniores. De um modo geral, médicos em início de carreira de todo o mundo sentem-se inseguros, carecem de apoio por partes dos seus seniores, o que aumenta o stress e a sobrecarga laboral. A cultura “tabu” da morte continua a prevalecer, com médicos evitando os doentes com necessidades paliativas e, assim, contribuindo para a má qualidade dos cuidados prestados em fim de vida. A educação médica precisa de uma mudança de paradigma de forma a melhor preparar e apoiar os médicos em início de carreira no seu papel ativo de cuidados a doentes terminais. (40)

Outro grupo importante são as crianças com doença grave ameaçadora de vida, cujo acesso a serviços especializados em cuidados paliativos pediátricos (CPP) ou a

profissionais com formação específica é reduzido. Aspectos únicos dos CPP incluem um alto nível de incerteza prognóstica, avaliação e carga de sintomas, gestão de esperança perante desafios prognósticos e luto dos pais. (41) Na presença de equipas com formação e conhecimentos, a literatura corrobora os ganhos que podem oferecer às famílias, hospitais e comunidades. (41,42) Como resposta a essa necessidade foi criado o *Education in Palliative and End-of-Life Care Pediatrics*, um programa formativo desenhado pelo *National Institutes of Health and National Cancer Institute* dos EUA, cujo foco foi a preparação de profissionais de saúde nestes temas. Um estudo avaliou o impacto deste projeto, e confirmou a melhoria na capacidade de ensino a outros, bem como nas atitudes, conhecimentos e habilidades no âmbito dos CPP, mais especificamente comunicação e controlo sintomático. Concluiu-se que se trata de um currículo bem-sucedido, cujo projeto levou à disseminação em cadeia de conhecimento, pois os médicos participantes não só relataram aperfeiçoamento na abordagem clínica destas crianças como continuaram a ensinar e divulgar o currículo também a outros. (42)

De destacar que estes doentes não contactam apenas com médicos e enfermeiros, populações cujos conhecimentos foram estudados e referidos previamente, mas também com diversos profissionais, de saúde e outros, cujo saber na área de cuidados paliativos é essencial nas atitudes perante doentes com necessidades paliativas. Curiosamente, não existem na literatura referências ou estudos que abordem outras franjas de profissionais, pelo que este estudo proposto é inovador e permitirá levantar novas questões sobre outros grupos não-médicos e não-enfermeiros. Por outro lado, o carácter arrojado também se manifesta na distinção entre conhecimentos no contexto de cuidados de saúde primários e hospitalares, campo não estudado anteriormente e muito relevante pois os doentes com necessidades paliativas navegam entre estes dois ambientes ao longo do percurso da doença.

## II. METODOLOGIA

### 1. OBJETIVOS E TIPO DE ESTUDO

Para este estudo observacional, transversal e correlacional foram definidos os seguintes objetivos de estudo:

- Caracterizar a amostra dos profissionais de saúde e outros profissionais quanto às variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação;
- Avaliar o nível de conhecimentos dos profissionais de saúde e outros profissionais sobre cuidados paliativos;
- Determinar a relação entre as dimensões dos conhecimentos e entre o nível de conhecimento dos profissionais de saúde e as variáveis e sociodemográficas, profissionais e formativas.

### 2. AMOSTRA

População Alvo: profissionais e não-profissionais de saúde que exercem funções em diferentes serviços de um Centro Hospitalar Português e de unidades de saúde de diferentes tipologias nos cuidados de saúde primários, que pretendem participar no projeto voluntariamente. Aquando da colheita dos dados, estas duas instituições de saúde operavam de forma individual e independente; no entanto, à luz do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, o Centro Hospitalar integrou o Agrupamento de Centros de Saúde, passando a denominar-se Unidade Local de Saúde (ULS).

Amostra: não probabilística por conveniência constituída por elementos que estejam presentes no momento de divulgação e aceitem participar na realização do questionário.

CrITÉRIOS de Inclusão: profissionais de serviços que no decorrer da atividade laboral lidam/lidaram ou contactam/contactaram com doentes com necessidades paliativas.

### 3. COLHEITA DE DADOS

A amostra que cumpriu estes critérios respondeu a um questionário aplicado online em formato Google Forms, enviado através dos emails institucionais e com apoio do

Gabinete de Investigação e Desenvolvimento e do Núcleo de Formação das instituições envolvidas durante os meses de julho de 2022 a maio de 2023. Para divulgação dos questionários foi realizado um documento explicativo e introdutório (apêndice 1) sobre os objetivos do estudo em questão, fazendo-se acompanhar do link para preenchimento no Google Forms e também de um QRcode criado para facilitar o acesso. Após ter terminado o período de recolha de dados o número de participantes que preencheram o questionário foi de 323. Destas participações, 11 foram rejeitadas aplicando os critérios de exclusão e 3 apresentavam preenchimento incompleto, totalizando assim 309 participações, sendo 253 profissionais de saúde e 56 participantes não profissionais de saúde.

#### **4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Relativamente aos instrumentos de avaliação, de seguida descrevem-se as variáveis:

- a) Variáveis sociodemográficas: idade, género (feminino, masculino), habilitações literárias (menos de 4 anos de escolaridade, ensino básico, ensino secundário, bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento, curso tecnológico/profissional/outro)
- b) Variáveis profissionais: local onde exerce atividade profissional (UCSP, USF, outro local na comunidade, Hospital e qual o serviço), categoria profissional (médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a), fisioterapeuta, assistente social, técnico(a) administrativo, técnico(a) auxiliar de saúde, segurança e vigilância, restauração, outros), Tempo de exercício profissional; experiência profissional em cuidados paliativos (sim, não) e tempo de experiência em cuidados paliativos, experiência pessoal de familiares em cuidados paliativos (sim, não);
- c) Variáveis de formação: formação prévia em cuidados paliativos (formação básica, formação intermédia e formação avançada), formação no serviço, noção de organização dos cuidados paliativos em Portugal (sim, não), autoavaliação sobre o nível de conhecimento (insuficiente, suficiente, moderado, bom e bastante bom) e competência para prestar cuidados (insuficiente, suficiente, moderada, boa e bastante boa);

d) Conhecimentos sobre cuidados paliativos: tendo por base o instrumento específico Palliative Care Knowledge Test (PCKT) e o trabalho realizado previamente por outros colegas (43), foram desenvolvidos dois questionários (apêndice 2), um dirigido a profissionais de saúde e um segundo a outros profissionais não-clínicos que trabalham nos cuidados de saúde, para avaliar conhecimentos específicos do âmbito dos cuidados paliativos.

O primeiro questionário apresentou 60 afirmações com enfoque na vertente clínica e terapêutica. O segundo questionário, com 53 questões por ser dirigido aos demais profissionais que têm interações não-clínicas com doentes paliativos, foi adaptado para abordar conhecimentos gerais e habilidades necessárias.

Ambos consistiram em afirmações que teriam de ser classificadas pelos participantes como “Verdadeira”, “Falsa” ou “Desconheço”. A opção desconheço permitiu maior fiabilidade nas respostas, evitando seleções ao acaso por parte dos participantes em caso de dúvida completa.

Para facilitar a análise de dados, as afirmações dos questionários foram agrupadas em diferentes domínios de conhecimento (apêndice 3).

- i. Conceito e Etiologia (14 afirmações nos PS, 19 afirmações nos OP);
- ii. Cuidados e Abordagem de Sintomas (18 afirmações nos PS, 14 afirmações nos OP);
- iii. Visão Holística e Comunicação (12 afirmações nos PS, 11 afirmações nos OP);
- iv. Processo de Morrer e Luto (4 afirmações nos PS, 3 afirmações nos OP);
- v. Cuidados Paliativos Pediátricos (12 afirmações nos PS, 6 afirmações nos OP).

## **5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A participação neste estudo foi voluntária, pedindo-se o consentimento informado (apêndice 4), livre e esclarecido dos participantes previamente às questões. Os participantes só poderiam prosseguir o estudo após assinalarem o seu consentimento na participação do estudo. As respostas foram anonimizadas e tratadas com a mais estrita confidencialidade, sendo que somente os investigadores tiveram acesso às respostas.

Este projeto foi submetido à apreciação da CES-UCP (Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa), e às respetivas comissões de ética das instituições de saúde envolvidas, as quais emitiram parecer favorável quando consideraram justificado (3438/CES/2022).

## **6. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Microsoft® Excel® e IBM® SPSS® Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), através de análise descritiva e diferencial de acordo com as características das variáveis. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, o teste Manova, o teste de Kruskal-Wallis e o teste U de Mann Whitney de acordo com as características das variáveis e da ausência ou presença de distribuição normal das variáveis em estudo verificado através da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq 0.05$ .

### III. RESULTADOS

O número de participantes no preenchimento dos questionários foi de 323. Destas participações, 11 foram rejeitadas aplicando os critérios de exclusão e 3 apresentavam preenchimento incompleto, totalizando assim 309 participações elegíveis.

#### 1. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

##### a) CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, PROFISSIONAIS E DE FORMAÇÃO

Colaboraram no estudo 253 profissionais de saúde. A média de idades era de 42,3 anos, variando entre um mínimo de 22 e um máximo de 67 anos. A maioria era do género feminino (87,7%), licenciada (49,8%), enfermeiro (47%), e trabalhava no hospital (45,5%). O tempo médio de experiência profissional foi de 17,6 anos. Relativamente ao contacto com a área de cuidados paliativos, um total de 34% tinha formação em cuidados paliativos e 21,3% detinha o nível básico em cuidados paliativos, e cerca de 20% indicava ter experiência profissional em cuidados paliativos.

*Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra dos profissionais de saúde quanto às características sociodemográficas e profissionais (N = 253)*

	N	%
<b>Idade (M; DP)</b>	42,3	10,9
<b>Género</b>		
Masculino	31	12,3
Feminino	222	87,7
<b>Habilitações</b>		
Licenciatura	126	49,8
Mestrado	124	49,0
Doutoramento	3	1,2
<b>Categoria profissional</b>		
Médico(a)	118	46,6
Enfermeiro(a)	119	47,0
Psicólogo(a)	6	2,4
Assistente Social	2	0,8
Outro	8	3,2
<b>Local de trabalho</b>		
UCSP	24	9,5
USF	86	34,0
Outro	28	11,1
Hospital	115	45,5

<b>Formação específica em cuidados paliativos</b>		
Não	166	65,6
Nível Básico	54	21,3
Nível intermédio	14	5,5
Nível Avançado	19	7,5
<b>Experiência profissional em cuidados paliativos</b>		
Não	204	80,6
Sim	49	19,4
Experiência profissional em anos (M; DP)	17,6	11,2

Verificou-se que cerca de 38,7% (N=98) dos inquiridos indicou já ter tido familiares ou amigos em cuidados paliativos, ao contrário de 61,3% (N=155). Uma percentagem de 62,8% (N=159) dos participantes afirma saber como se organizam os cuidados paliativos em Portugal e as diferentes tipologias de serviços contra 37,2% (N=94).

#### **b) CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Quase metade da amostra categorizava o seu nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos como insuficiente (41,5%) e a sua competência para prestar cuidados paliativos como insuficiente (51%). Menos de 10% da amostra considera ter um nível de competência elevado na prestação de cuidados com um nível de conhecimento bastante bom.

*Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra de profissionais de saúde quanto à autoperceção sobre o nível de conhecimentos e competência para prestar cuidados paliativos (n=253)*

	Conhecimentos		Competência	
	N	%	N	%
Insuficiente	105	41,5	129	51,0
Suficiente	75	29,6	53	20,9
Moderado	45	17,8	39	15,4
Bom	21	8,3	24	9,5
Bastante bom	7	2,8	8	3,2

Cerca de 98% dos inquiridos (N=249) consideraram a percentagem de pessoas com necessidades paliativas que tem acesso a cuidados paliativos, a nível nacional, era inferior a 20%. As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas dimensões dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos podem ser observadas na tabela seguinte, apresentando-se os valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios padrão.

*Tabela 3 - Estatística descritiva do nível de conhecimentos (total e por dimensões) sobre cuidados paliativos dos profissionais de saúde*

	Mínimo	Máximo	M	DP	% RC
Conceito e Ideologia	1,00	14,00	11,68	2,18	83%
Cuidados e Abordagem de Sintomas	2,00	18,00	10,69	3,50	59%
Cuidados Paliativos Pediátricos	2,00	12,00	7,90	1,90	66%
Processo de Morrer e Luto	0,00	4,00	3,45	0,77	86%
Visão holística e Comunicação	4,00	12,00	10,10	1,68	84%
Total	19,00	60,00	43,84	7,41	70%

M – Média; DP – Desvio padrão; RC – Respostas corretas

### **c) RELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DOS CONHECIMENTOS E ENTRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AS VARIÁVEIS E SOCIODEMOGRÁFICAS, PROFISSIONAIS E FORMATIVAS**

Os coeficientes de correlação entre o nível de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos e suas dimensões são positivos, moderados ou elevados e todos significativos. A correlação mais elevada ocorre entre a dimensão “Cuidados e Abordagem de Sintomas” e o valor total dos conhecimentos ( $r = 0,829$ ,  $p < 0,001$ ).

*Tabela 4 - Tabela Correlação de Pearson entre nível de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos e suas dimensões*

	Conceito e Ideologia	Cuidados e Abordagem de Sintomas	Cuidados Paliativos Pediátricos	Processo de Morrer e Luto	Visão Holística e Comunicação
Conceito e ideologia	---	---	---	---	---
Cuidados e Abordagem de Sintomas	0,449***	---	---	---	---
Cuidados Paliativos Pediátricos	0,418***	0,367***	---	---	---
Processo de Morrer e Luto	0,407***	0,212***	0,201***	---	---
Visão Holística e Comunicação	0,456***	0,474***	0,394***	0,363***	---
Total	0,761***	0,829***	0,664***	0,459***	0,725***

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por Sexo**

O teste multivariado da Manova, Wilk's Lambda = 0,981,  $F(5, 247) = 0,975$ ,  $p = 0,433$ , indica que as diferenças nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, em função do gênero, não são estatisticamente significativas em qualquer das dimensões do conhecimentos ( $p > 0,05$ ).

*Tabela 5 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por sexo dos participantes.*

	Masculino		Feminino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	12,06	1,73	11,63	2,24	0,301
Cuidados e Abordagem de Sintomas	11,45	2,91	10,59	3,57	0,202
Cuidados Paliativos Pediátricos	7,77	2,19	7,92	1,87	0,684
Processo de Morrer e Luto	3,45	0,68	3,46	0,79	0,958
Visão Holística e Comunicação	9,97	1,45	10,12	1,72	0,635
Total	44,71	5,74	43,73	7,62	0,492

M – Média; DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por Categoria Profissional**

O teste multivariado da Manova, Wilk's Lambda = 0,951,  $F(5, 231) = 2,394$ ,  $p < 0,001$ , indica que as diferenças nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, em função da sua categoria profissional, são estatisticamente significativas, em pelo menos um dos domínios. Os médicos têm níveis de conhecimentos significativamente mais elevados do que os enfermeiros no ramo dos "Cuidados Paliativos Pediátricos".

*Tabela 6 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por categoria profissional dos participantes.*

	Médico		Enfermeiro		Sig.
	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	11,97	1,64	11,55	2,50	0,136
Cuidados e Abordagem de Sintomas	11,35	3,31	10,61	3,25	0,086
Cuidados Paliativos Pediátricos	8,29	2,03	7,65	1,69	0,009**
Processo de Morrer e Luto	3,47	0,79	3,50	0,72	0,763
Visão Holística e Comunicação	10,14	1,61	10,21	1,61	0,753
Total	45,21	6,51	43,52	7,24	0,060

M – Média; DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por Habilitações Acadêmicas**

O teste multivariado da Manova, Wilk's Lambda = 0,918,  $F(5, 247) = 4,390$ ,  $p < 0,001$ , indica que as diferenças nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, em função das habilitações acadêmicas, são estatisticamente significativas em pelo menos uma das dimensões do conhecimentos. Os profissionais com mestrado ou doutoramento têm níveis de conhecimento significativamente mais elevados nos

domínios de “Cuidados Paliativos Pediátricos”, “Processo de Morrer e Luto” e no total dos conhecimentos.

*Tabela 7 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk’s Lambda por habilitações académicas dos participantes.*

	Licenciatura		Mestrado/ Doutoramento		Sig.
	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	11,44	2,18	11,93	2,17	0,073
Cuidados e Abordagem de Sintomas	10,46	3,64	10,94	3,36	0,280
Cuidados Paliativos Pediátricos	7,45	1,93	8,35	1,78	0,000***
Processo de Morrer e Luto	3,31	0,84	3,61	0,68	0,002**
Visão Holística e Comunicação	9,95	1,87	10,25	1,48	0,158
Total	42,61	7,87	45,08	6,74	0,008**

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por Experiência Profissional**

O teste multivariado da Manova, Wilk’s Lambda = 0,904,  $F(10, 492) = 2,555$ ,  $p = 0,005$ , indica que as diferenças nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, em função da experiência profissional, são estatisticamente significativas em pelo menos uma das dimensões dos conhecimentos. Os inquiridos com 5 ou menos anos de experiência profissional têm níveis de conhecimentos significativamente mais elevados nas dimensões “Cuidados Paliativos Pediátricos”, “Visão Holística e Comunicação” e no total dos conhecimentos face aos profissionais com mais de 20 anos de experiência profissional.

*Tabela 8 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk’s Lambda por experiência profissional dos participantes.*

	Até 5 anos		6 – 20 anos		> 20 anos		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	12,19	1,31	11,71	2,14	11,43	2,50	0,137
Cuidados e Abordagem de Sintomas	11,47	2,61	10,73	3,59	10,32	3,73	0,176
Cuidados Paliativos Pediátricos	8,72	1,80	8,00	1,86	7,44	1,88	0,000***
Processo de Morrer e Luto	3,66	0,60	3,35	0,88	3,48	0,73	0,074
Visão Holística e Comunicação	10,45	1,21	10,29	1,49	9,76	1,98	0,022*
Total	46,49	4,88	44,08	6,98	42,42	8,42	0,007**

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

Se consultarmos a tabela 9 verificamos que é na área dos conceitos e da visão holística e comunicação que, independentemente do número de anos de experiência profissional, há mais profissionais a acertar nas afirmações.

*Tabela 9 - Percentagem de acertos.*

	Até 5 anos	6 – 20 anos	> 20 anos
Conceito e Ideologia	87%	84%	82%
Cuidados e Abordagem de Sintomas	64%	60%	57%
Cuidados Paliativos Pediátricos	73%	67%	62%
Processo de Morrer e Luto	92%	84%	87%
Visão Holística e Comunicação	87%	86%	81%
Total	77%	73%	71%

### **Comparação por Local de Trabalho**

O teste multivariado da Manova, Wilk's Lambda = 0,934,  $F(15, 676) = 1,130$ ,  $p = 0,325$ , indica que as diferenças nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, em função do local de trabalho, não são estatisticamente significativas em qualquer dos domínios ( $p > 0,05$ ).

*Tabela 10 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por comparação por local de trabalho dos participantes*

	UCSP		USF		Outro		Hospital		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	11,13	2,56	11,69	1,92	11,96	2,50	11,73	2,21	0,558
Cuidados e Abordagem de Sintomas	9,63	4,25	10,36	3,22	10,32	4,25	11,27	3,28	0,091
Cuidados Paliativos Pediátricos	8,21	2,21	7,95	1,68	7,89	1,91	7,81	2,01	0,813
Processo de Morrer e Luto	3,29	0,86	3,55	0,71	3,36	0,91	3,45	0,78	0,445
Visão Holística e Comunicação	9,88	2,05	10,01	1,72	9,93	1,98	10,26	1,50	0,576
Total	42,13	9,52	43,56	6,91	43,46	9,81	44,52	6,61	0,486

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por Formação Específica em Cuidados Paliativos**

O teste multivariado da Manova, Wilk's Lambda = 0,879,  $F(5, 247) = 6,806$ ,  $p < 0,001$ , indica que as diferenças nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, em função de ter ou não formação específica em cuidados paliativos, são

estatisticamente significativas, em praticamente todos os domínios. Os profissionais com formação específica em cuidados paliativos têm níveis de conhecimentos significativamente mais elevados nas dimensões “Conceito e ideologia”, “Cuidados e Abordagem de Sintomas”, “Cuidados Paliativos Pediátricos”, “Visão Holística e Comunicação” e total dos conhecimentos. Como exceção, sem significância estatística fica apenas a dimensão “Processo de Morrer e Luto”.

*Tabela 11 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por formação específica em cuidados paliativos dos participantes*

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	11,31	2,26	12,39	1,86	0,000***
Cuidados e Abordagem de Sintomas	9,86	3,37	12,31	3,19	0,000***
Cuidados Paliativos Pediátricos	7,72	1,97	8,26	1,73	0,030*
Processo de Morrer e Luto	3,39	0,81	3,59	0,69	0,059
Visão Holística e Comunicação	9,86	1,77	10,56	1,40	0,002**
Total	42,14	7,51	47,11	6,05	0,000***

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

### **Comparação por Contacto com Doentes em Cuidados Paliativos**

O teste multivariado da Manova, Wilk's Lambda = 0,951,  $F(5, 247) = 2,523$ ,  $p = 0,030$ , indica que as diferenças nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, em função de ter ou não ter tido contacto com doentes em cuidados paliativos, são estatisticamente significativas. Os testes univariados indicam que os profissionais que tiveram contacto com doentes em cuidados paliativos têm níveis de conhecimentos significativamente mais elevados nos domínios “Cuidados e Abordagem de Sintomas” e no total dos conhecimentos.

*Tabela 12 - Resultados da aplicação do teste Manova, Wilk's Lambda por contacto com doentes em cuidados paliativos dos participantes*

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	11,47	2,10	11,95	2,26	0,082
Cuidados e Abordagem de Sintomas	10,12	3,44	11,40	3,47	0,004**
Cuidados Paliativos Pediátricos	7,94	1,89	7,86	1,94	0,732
Processo de Morrer e Luto	3,45	0,82	3,47	0,73	0,779
Visão Holística e Comunicação	9,95	1,80	10,29	1,52	0,111
Total	42,93	7,64	44,97	6,99	0,029*

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

## 2. OUTROS PROFISSIONAIS

### a) CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DOS OUTROS PROFISSIONAIS QUANTO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, PROFISSIONAIS E DE FORMAÇÃO

Colaboraram no estudo 56 inquiridos. A média de idades era de 46,4, variando entre um mínimo de 27 e um máximo de 63 anos. A maioria era do género feminino (91.1%), com o ensino secundário (75,0%), Técnico Administrativo (85,7%), e trabalhava na USF (33,9%). O tempo médio de experiência profissional era de 15,2 anos.

*Tabela 13 - Distribuição das respostas da amostra dos Outros Profissionais (N = 56) quanto aos dados sociodemográficos e profissionais*

	N	%
<b>Idade (M; DP)</b>	46,4	8,2
<b>Género</b>		
Masculino	5	8,9
Feminino	51	91,1
<b>Habilitações</b>		
Ensino básico	2	3,6
Em secundário	42	75,0
Bacharelato	3	5,4
Licenciatura	2	3,6
Mestrado	6	10,7
Doutoramento	1	1,8
<b>Categoria profissional</b>		
Técnico(a) Administrativo(a)	48	85,7
Técnico(a) Auxiliar de Saúde	4	7,1
Segurança e Vigilância	3	5,4
Outro	1	1,8
<b>Local de trabalho</b>		
UCSP	13	23,2
USF	19	33,9
Outro	9	16,1
Hospital	15	26,8
<b>Experiência profissional (M; DP)</b>	15,2	10,4

Mais de metade dos inquiridos (85,7%; N=48) indicou não ter tido familiares ou amigos em cuidados paliativos ao contrário de 14,3% (N=8). Uma percentagem de 30,4% afirma já ter tido contacto, em contexto profissional, com doentes em cuidados paliativos

contra 69,6 (N=39) que não teve contacto. Apenas uma pequena percentagem de 8,9% afirma saber como se organizam os cuidados paliativos em Portugal e as diferentes tipologias de serviços, denotando que a grande maioria (91,1%; N=51) não sabe como se organizam. Quase metade da amostra categoriza o seu nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos como insuficiente (42,9%).

*Tabela 14 - Distribuição das respostas da amostra dos outros profissionais que trabalham em contexto de saúde relativamente à autoperceção sobre o nível de conhecimentos.*

	N	%
Insuficiente	24	42,9
Suficiente	20	35,7
Moderado	12	21,4
Total	56	100,0

Um pouco mais de metade da amostra (53,6%) indica que a percentagem de pessoas com necessidades paliativas que tem acesso a estes cuidados, a nível nacional, estava entre 21 e 39%.

*Tabela 15 - Distribuição das respostas da amostra dos outros profissionais que trabalham em contexto de saúde relativamente à autoperceção sobre o acesso a cuidados paliativos.*

	Nº	%
≤20%	15	26,8
21-39	30	53,6
40-59	6	10,7
60-79	4	7,1
>80%	1	1,8
Total	56	100,0

## **b) CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS OUTROS PROFISSIONAIS**

As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas dimensões dos conhecimentos dos outros profissionais sobre cuidados paliativos podem ser observadas na tabela seguinte, apresentando-se os valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios padrão.

*Tabela 16 - Estatística descritiva das dimensões dos conhecimentos dos outros profissionais e respectivas respostas corretas.*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	% de acertos
Conceito e Ideologia	0,00	19,00	12,80	4,33	67%
Cuidados e Abordagem de Sintomas	0,00	12,00	7,76	2,87	55%
Cuidados Paliativos Pediátricos	0,00	6,00	2,71	1,44	45%
Processo de Morrer e Luto	0,00	3,00	2,07	0,82	69%
Visão holística e Comunicação	0,00	11,00	7,50	2,52	68%
Total	0,00	47,00	32,85	10,14	62%

M – Média; DP – Desvio padrão; RC – Respostas corretas

**c) RELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DOS CONHECIMENTOS E ENTRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS OUTROS PROFISSIONAIS E AS VARIÁVEIS E SOCIDEMOGRÁFICAS, PROFISSIONAIS E FORMATIVAS**

Os coeficientes de correlação entre as dimensões dos conhecimentos dos outros profissionais sobre cuidados paliativos são todos significativos, positivos e moderados ou elevados. A correlação mais elevada ocorre entre a dimensão “Conceito e Ideologia” e o valor total dos conhecimentos ( $r = 0,932$ ,  $p < 0,001$ ).

*Tabela 17 - Coeficientes de correlação entre as dimensões dos conhecimentos sobre cuidados paliativos e entre o total e as dimensões dos outros profissionais*

	Conceito e Ideologia	Cuidados e Abordagem de Sintomas	Cuidados Paliativos Pediátricos	Processo de Morrer e Luto	Visão Holística e Comunicação
Conceito e Ideologia	---	---	---	---	---
Cuidados e Abordagem de Sintomas	0,782**	---	---	---	---
Cuidados Paliativos Pediátricos	0,373**	0,441**	---	---	---
Processo de Morrer e Luto	0,520***	0,548***	0,320*	---	---
Visão holística e Comunicação	0,749***	0,680***	0,323*	0,705***	---
Total	0,932***	0,895***	0,534***	0,681***	0,866***

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por experiência profissional**

Quando comparamos os valores obtidos nas diferentes dimensões dos conhecimentos dos outros profissionais sobre cuidados paliativos, em função da sua experiência profissional não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

*Tabela 18 - Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis entre o nível de conhecimento por dimensão dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por experiência profissional.*

	Até 5 anos		6 – 20 anos		> 20 anos		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	11,37	5,23	13,22	4,24	13,69	3,04	0,495
Cuidados e Abordagem de Sintomas	7,38	3,67	7,89	2,72	8,00	2,20	0,991
Cuidados Paliativos Pediátricos	2,56	1,46	2,96	1,32	2,38	1,71	0,404
Processo de Morrer e Luto	1,94	0,85	2,11	0,85	2,15	0,80	0,717
Visão holística e Comunicação	6,87	3,10	7,52	2,28	8,23	2,20	0,363
Total	30,12	12,32	33,70	9,92	34,46	7,37	0,863

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por local de trabalho**

Quando comparamos os valores obtidos em função do local de trabalho, encontramos diferenças estatisticamente significativas no âmbito do domínio “Conceito e ideologia” ( $\chi^2$  KW (3) = 8,036;  $p = 0,045$ ) sendo que os testes de comparações de grupo 2 a 2 realizado através do teste de U de Mann Whitney revelam que os profissionais que trabalham nas USF (mediana de 15) apresentam níveis de conhecimentos significativamente mais elevados do que os trabalham em UCSP (mediana de 12) sendo o valor de  $p = 0,009$

*Tabela 19 - Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis entre o nível de conhecimento dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por dimensão e por experiência profissional.*

	UCSP		USF		Outro		Hospital		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	9,46	6,24	14,68	2,89	13,56	1,88	12,87	3,50	0,045*
Cuidados e Abordagem de Sintomas	6,00	3,96	8,42	2,52	9,44	1,94	7,47	1,85	0,056

	UCSP		USF		Outro		Hospital		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Cuidados Paliativos Pediátricos	2,77	1,48	2,89	1,33	2,89	1,54	2,33	1,59	0,610
Processo de Morrer e Luto	1,85	1,07	2,16	0,60	2,33	0,71	2,00	0,93	0,711
Visão holística e Comunicação	6,00	3,74	7,79	1,62	9,11	1,05	7,47	2,26	0,070
Total	26,08	15,28	35,95	6,65	37,33	4,92	32,13	8,01	0,095

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por contacto com doentes em cuidados paliativos**

Quando comparamos os valores obtidos nos diferentes domínios dos conhecimentos dos outros profissionais, em função de ter ou não tido contacto com doentes em cuidados paliativos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

*Tabela 20 - Resultados da aplicação do teste Mann Whitney entre o nível de conhecimento dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por dimensão e por contacto com doentes em cuidados paliativos.*

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	12,86	4,20	12,71	4,66	0,865
Cuidados e Abordagem de Sintomas	7,77	2,89	7,76	2,93	0,939
Cuidados Paliativos Pediátricos	2,63	1,35	2,86	1,62	0,572
Processo de Morrer e Luto	2,03	0,71	2,14	1,01	0,331
Visão holística e Comunicação	7,37	2,20	7,71	3,04	0,192
Total	32,66	9,22	33,19	11,76	0,542

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Comparação por habilitações académicas**

Quando se analisam os valores obtidos, em função das habilitações académicas, não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

*Tabela 21 - Resultados da aplicação do teste Mann Whitney entre o nível de conhecimento dos outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos por dimensão e por habilitações académicas.*

	≤ 12º ano		Ensino Superior		Sig.
	M	DP	M	DP	
Conceito e Ideologia	12,64	4,71	13,42	2,61	0,960
Cuidados e Abordagem de Sintomas	7,70	3,07	8,00	2,13	0,976
Cuidados Paliativos Pediátricos	2,66	1,40	2,92	1,68	0,790
Processo de Morrer e Luto	2,05	0,89	2,17	0,58	0,863
Visão holística e Comunicação	7,41	2,74	7,83	1,53	0,927
Total	32,45	10,93	34,33	6,67	0,897

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

#### IV. DISCUSSÃO

Mais de metade dos profissionais de saúde inquiridos afirma saber como se organizam os cuidados paliativos em Portugal e as diferentes tipologias existentes, dado positivo que sugere divulgação da informação na direção pretendida sobre a estrutura de cuidados no país. No entanto, conhecimento teórico não se traduz diretamente em competências práticas ou aplicação eficaz desses conhecimentos.(44) A perceção de competência pode ser considerada crítica, com metade dos profissionais a considerar a sua competência na prestação de cuidados paliativos como insuficiente. Este valor pode ser considerado relevante, especialmente considerando que a eficácia dos cuidados paliativos depende em grande parte da competência dos profissionais que os prestam (45). Esta avaliação autocrítica pode ser devida a uma formação inadequada, falta de treino ou apoio escasso no local de trabalho (9,18,23,36), mas revela uma significativa noção de inaptidão importante para evitar más práticas clínicas.

Estima-se que em Portugal cerca de 30% dos doentes com necessidades paliativas conseguem acesso a cuidados paliativos (46), sejam ações paliativas, cuidados paliativos gerais ou especializados. Apesar de responderem a uma cifra inferior a essa, praticamente a totalidade da amostra reconhece que apenas um número reduzido de doentes com necessidades paliativas é abrangido por estes cuidados.

Os resultados dos profissionais de saúde indicam que, de maneira geral, os profissionais de saúde demonstram um conhecimento satisfatório sobre cuidados paliativos, com uma média de 43,84 respostas corretas num total de 60, o que corresponde a 70% de contestações certas. Esse desempenho global é encorajador e sugere que há uma base de conhecimentos entre os profissionais. No entanto, a análise detalhada das diferentes dimensões revela variações significativas.

- “Processo de Morrer e Luto”: apresentando a maior percentagem de respostas corretas e o menor desvio padrão, os profissionais mostram um excelente conhecimento sobre o processo de morrer e luto. Esse alto nível de compreensão pode refletir o ênfase tradicionalmente atribuídos a esses aspetos na formação e prática clínica.(47)

- “Conceito e Ideologia”: mais de dois terços de respostas acertadas e um desvio padrão relativamente baixo, o que indica que os profissionais têm um conhecimento bem consolidado sobre os princípios fundamentais e a filosofia dos cuidados paliativos.
- “Visão Holística e Comunicação”: verifica-se um valor percentual de respostas correta alto e um desvio padrão baixo, o que também revela um forte conhecimento, destacando a importância da abordagem universal e das habilidades de comunicação em cuidados paliativos. A integração desses aspetos é fundamental para uma prática de cuidados centrada no doente, destacando a importância de considerar o bem-estar físico, emocional e psicológico dos doentes e das famílias.(47,48)
- “Cuidados Paliativos Pediátricos”: é dos domínios que apresenta menos respostas corretas. O conhecimento do ramo pediátrico é crucial, dado que a gestão de sintomas e o suporte emocional em crianças diferem significativamente da abordagem em adultos (41,49). A menor pontuação reflete uma falha ainda maior na formação ou a falta de experiência por parte dos profissionais (muitos dos elementos da amostra não exercem no ramo da Pediatria).
- “Cuidados e Abordagem de Sintomas”: embora a média de respostas corretas seja razoável, pouco mais de metade, é o domínio com pior taxa de respostas corretas. Tendo presente o coeficiente de variação de 37,5 podemos salientar que há um número razoável de profissionais que se desviam do valor médio. O treino adicional de habilidades nesta área pode ser necessário para garantir que todos estejam igualmente preparados na abordagem de sintomas complexos que estes doentes frequentemente apresentam.(28)

Os coeficientes de correlação positivos e significativos entre as dimensões indicam que o aumento do conhecimento numa área está associado ao crescimento do conhecimento noutra. A correlação mais forte entre "Cuidados e Abordagem de Sintomas" e o total de conhecimentos sugere que a competência nesta dimensão é particularmente importante para o conhecimento geral sobre cuidados paliativos. Isso

realça a necessidade de destacar estratégias eficazes para a controlo de sintomas como parte do desenvolvimento profissional em paliativos como descrito previamente na literatura (20,23).

Além disso, as correlações positivas significativas entre outras dimensões, como "Conceito e Ideologia" e "Visão Holística e Comunicação", reforçam a importância de uma abordagem integrada ao conhecimento em cuidados paliativos. A inter-relação entre esses domínios sugere que uma compreensão sólida dos princípios e das habilidades de comunicação pode apoiar e aprimorar a capacidade de lidar com aspetos mais complexos dos cuidados.

Relativamente ao sexo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre cuidados paliativos entre homens e mulheres em nenhuma das dimensões avaliadas. Curiosamente, estudos prévios (18,35,38) revelaram níveis superiores em mulheres, associados eventualmente à perspicácia emocional e não verbal inerente ao género feminino. Por outro lado, a amostra apresenta apenas 31 elementos do sexo masculino (12%), o que poderá gerar um viés de amostragem.

Os médicos têm conhecimentos mais elevados apenas nos "Cuidados Paliativos Pediátricos" em comparação com os enfermeiros, com uma diferença estatisticamente significativa. Essa diferença pode refletir a necessidade de um conhecimento mais detalhado nesta área para enfermeiros, dada a complexidade dos casos pediátricos. No entanto, os conhecimentos gerais noutras dimensões dos cuidados paliativos não mostraram diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, não estando de acordo com dados previamente relatados (21,22,25) onde a classe médica possuía mais conhecimentos e ainda assim abaixo do esperado.

Os profissionais com mestrado ou doutoramento demonstraram conhecimentos significativamente mais elevados em "Cuidados Paliativos Pediátricos", "Processo de Morrer e Luto" e no total dos conhecimentos. Os resultados sugerem que habilitações académicas superiores estão associadas a maior conhecimento específico em paliativos, possivelmente devido à profundidade do estudo que envolve uma análise mais detalhada e complexa, tal como avaliado previamente noutro estudo (18). A diferença

significativa em "Processo de Morrer e Luto" reflete um potencial benefício da formação avançada na compreensão desses processos complexos, crucial para a prestação de cuidados em fim de vida.

Inesperadamente, profissionais com 5 anos ou menos anos de experiência profissional no ativo demonstraram conhecimentos significativamente mais elevados em "Cuidados Paliativos Pediátricos", "Processo de Morrer e Luto" e no total de conhecimentos. Os resultados mostram que profissionais com menos experiência têm conhecimentos superiores em certas dimensões dos cuidados paliativos, o que pode refletir sinais positivos de viragem em termos de ensino e formação.(23) Profissionais com mais de 20 anos de profissão experienciaram mudanças nas práticas ao longo dos anos, com sobrecarga de trabalho e pouca disponibilidade para atualização clínica, o que poderá ter tido impacto nos conhecimentos e habilidades. Curiosamente, dados de uma investigação levada a cabo em Espanha evidenciaram que médicos mais jovens exibiam mais conhecimentos nesta área (25). Por outro lado, existem descrições na literatura que revelam resultados semelhantes aos encontrados neste estudo (23), e dados populacionais portugueses descrevem que os idosos, frente à população mais jovem, apresentam níveis de conhecimento superiores (35). Para melhor compreender estes achados, devem-se explorar as diferenças, de forma a compreender quais os verdadeiros fatores de impacto (idade, experiência profissional, vivências pessoais, proximidade à morte).

Não foram encontradas diferenças significativas nos conhecimentos sobre cuidados paliativos entre profissionais que trabalham em diferentes locais de trabalho (UCSP, USF, Outro, Hospital) em qualquer dimensão ou no total de conhecimentos. A ausência de diferenças significativas por local de trabalho sugere que, apesar das diferentes valências e perfis de trabalho, o conhecimento sobre cuidados paliativos é relativamente uniforme. Permite ainda validar que qualquer ação formativa futura poderá incluir simultaneamente elementos tanto dos cuidados de saúde primários como secundários, sem prejuízo de um grupo em detrimento do outro.

Por outro lado, como seria esperado, os profissionais com formação específica em cuidados paliativos demonstraram conhecimentos mais elevados em todas as

dimensões analisadas (Conceito e Ideologia, Cuidados e Abordagem de Sintomas, Cuidados Pediátricos, Visão Holística e Comunicação) e no total, com diferenças significativas em todos os domínios analisados. A formação específica está claramente associada a um melhor conhecimento, confirmando a importância da prática e treino para melhorar a competência dos profissionais nesta área.(21,23,50) A diferença mais acentuada em "Cuidados e Abordagem de Sintomas" e "Conceito e Ideologia" sublinha o impacto positivo da formação direcionada, proporcionando uma compreensão mais robusta e detalhada dos cuidados paliativos.

No que concerne ao contacto com doentes paliativos, os profissionais que com estes conviveram apresentaram conhecimentos significativamente mais elevados em "Cuidados e Abordagem de Sintomas" e no total, com diferenças significativas. A experiência prática com doentes é um forte indicador de conhecimentos mais robustos nestas dimensões, o que reforça a importância do contacto real na consolidação do conhecimento teórico. A exposição direta permite aos profissionais aplicar e refinar habilidades, resultando numa compreensão mais profunda.(51)

A análise destas variáveis indica que a formação específica e a familiaridade com doentes são fatores cruciais para o aumento dos conhecimentos em cuidados paliativos. Por outro lado, a experiência prolongada pode não refletir necessariamente um conhecimento mais atualizado, e o local de trabalho parece ter um impacto menor nas diferenças de conhecimento. A formação académica avançada também se associa a um conhecimento mais sólido, destacando a importância da educação contínua e especializada na prática de cuidados paliativos. (20,52)

Os dados relativos aos outros profissionais indicam uma lacuna significativa de conhecimentos sobre cuidados paliativos entre os inquiridos. Mesmo entre aqueles que tiveram experiência em contexto profissional, a familiaridade com a organização e as tipologias dos serviços de cuidados paliativos é baixa. A perceção sobre o reduzido acesso aos cuidados paliativos vai de acordo com a estimativa real (46), uma vez que a maioria acredita que menos de 40% das pessoas necessitadas têm acesso a esses cuidados. Por outro lado, a autoavaliação dos participantes mostra que quase metade

deles se considera insuficientemente informados sobre esta área de cuidados. Mais estudos são necessários para compreender o impacto deste achado, pois esta falta de conhecimento poderá impactar negativamente a qualidade do atendimento a estes doentes e famílias.

Embora os profissionais de saúde possuam um nível razoável de conhecimento sobre cuidados paliativos, há áreas que necessitam de aprimoramento. Os resultados fornecem uma visão abrangente sobre o nível de conhecimento dos profissionais nos diferentes domínios:

- “Conceito e Ideologia”: esta dimensão tem uma média relativamente alta e um desvio padrão moderado, indicando que a maioria dos outros profissionais tem uma boa compreensão dos conceitos e ideologias dos cuidados paliativos. Não existindo estudos prévios dirigidos a estes grupos profissionais, apenas podemos comparar outros prévios populacionais, verificando-se resultados concordantes (43).
- “Cuidados e Abordagem de Sintomas”: a média mais baixa neste domínio sugere que os inquiridos têm menos conhecimento ou confiança na abordagem e gestão de sintomas em cuidados paliativos, existindo um paralelismo a outras avaliações da população geral (35,43).
- “Cuidados Paliativos Pediátricos”: apresenta a menor média e percentagem de acertos, indicando uma lacuna significativa no conhecimento dos outros profissionais em cuidados paliativos pediátricos.
- “Processo de Morrer e Luto”: embora a média seja baixa, a percentagem de acertos é relativamente alta, sugerindo que aqueles que conhecem o processo de morrer e luto têm um conhecimento sólido (43).
- “Visão Holística e Comunicação”: a média e a percentagem de respostas acertadas são altas neste domínio, indicando uma boa percepção da importância de uma abordagem holística e comunicação eficaz em cuidados paliativos (43,48).

De um modo geral, os outros profissionais demonstram conhecimentos nas áreas de "Conceito e Ideologia" e "Visão Holística e Comunicação", fundamentais para uma

prática eficaz em cuidados paliativos. Por outro lado, temas como "Cuidados e Abordagem de Sintomas" e, especialmente, "Cuidados Paliativos Pediátricos" são pontos fracos que indicam a necessidade de programas de formação e educação mais focados nessas dimensões. Apesar de uma média geral razoável, a variação nos níveis de conhecimento (evidenciada pelos desvios padrão) sugere que há uma disparidade no entendimento dos cuidados paliativos entre os profissionais. Melhorar a consciência nessas áreas específicas pode contribuir para uma prática mais uniforme e de maior qualidade nos cuidados paliativos.

As correlações são todas positivas e variam de moderadas a elevadas, indicando que o conhecimento numa área está fortemente relacionado com conhecimento noutras, ou seja, demonstram interdependência. O domínio "Conceito e Ideologia" apresenta a correlação mais alta com o valor total dos conhecimentos, sugerindo que um entendimento sólido da ideologia dos cuidados paliativos é fundamental para o conhecimento geral. De igual forma, a "Visão Holística e Comunicação" também apresenta alta correlação com o total de conhecimentos. Estes domínios apresentam correlações fortes com todas as outras áreas, sublinhando a sua importância, definindo-os como pilares neste grupo de profissionais.

Tendo em conta o relatado, melhorar o conhecimento num domínio pode ter um impacto positivo nos restantes, pelo que novamente os programas de educação e formação contínua podem ajudar a preencher as lacunas detetadas. Por outro lado, esforços especiais devem ser feitos para aprimorar as áreas "Cuidados Paliativos Pediátricos" e "Cuidados e Abordagem de Sintomas", que, embora apresentem correlações significativas, têm médias de acertos relativamente baixas.

Os valores obtidos conforme o número de anos de experiência profissional dos indivíduos não demonstram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões analisadas. Isso pode indicar que a experiência profissional não impacta substancialmente nos conhecimentos, ou que a formação contínua e a atualização são menosprezadas independentemente do tempo de serviço. Simultaneamente, a ausência de diferenças significativas, conforme os profissionais tenham ou não tido

contato com doentes em cuidados paliativos, sugere que o simples facto de ter contacto não é suficiente para alterar significativamente os níveis de conhecimento.

No que se refere ao local de trabalho, a única diferença significativa encontrada foi no domínio "Conceito e Ideologia", onde os profissionais das USF apresentam maior nível de conhecimento do que os da UCSP. Isso pode refletir uma maior ênfase em formação contínua ou uma cultura organizacional mais voltada para a atualização.

No entanto, a ausência de diferenças significativas conforme as habilitações académicas sugere que o nível de educação prévio não tem impacto no nível de conhecimento. Tal pode apontar que a educação específica em cuidados paliativos não é suficientemente abrangida nos currículos académicos tradicionais (43).

A formação contínua e abrangente em cuidados paliativos deve ser uma prioridade para garantir que todos os profissionais estejam adequadamente preparados para lidar com as complexidades e desafios inerentes. A inclusão de módulos específicos sobre estas temáticas em todos os níveis de formação pré-graduada e a oferta de oportunidades de educação contínua para profissionais aparenta ser o caminho.

Além disso, a integração de experiências práticas com doentes paliativos durante a formação pode contribuir para uma melhor preparação dos profissionais de saúde. A implementação de programas educativos que abordem não apenas os aspetos técnicos, mas também as habilidades de comunicação e a abordagem holística, são essenciais.

As instituições de saúde devem investir em programas de formação contínua e criar ambientes de aprendizagem que promovam o desenvolvimento contínuo das competências em cuidados paliativos.

O estudo apresenta várias limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, a amostra não pode ser considerada representativa de todos os profissionais de saúde e outros profissionais que lidam com cuidados paliativos. A seleção dos participantes pode ter introduzido um viés, uma vez que aqueles que escolheram participar podem ter um interesse ou conhecimento prévio maior sobre cuidados paliativos. Além disso, o estudo é transversal, o que limita a capacidade de

estabelecer relações causais entre variáveis. A colheita de dados baseou-se na autoavaliação, o que pode introduzir um viés de desejabilidade social, onde os participantes podem ter respondido da maneira que acreditavam ser socialmente aceitável ou esperada. De referir que não se exploraram os diferentes subgrupos questionados das especialidades hospitalares (medicina interna, SU, entre outros) pelo reduzido número de participantes.

Por outro lado, a inexistência de estudos prévios dirigidos a outros profissionais, não-clínicos, que contactam durante a sua atividade com pessoas com necessidades paliativas, gera uma limitação importante na discussão dos resultados observados. Podem inferir-se possíveis explicações, mas não é possível corroborar os achados.

Para estudos futuros, recomenda-se uma amostra maior e mais diversificada e a nível nacional. Uma eventual alteração do questionário, permitindo destacar especificamente áreas hospitalares com interesse para este estudo (medicina interna, SU, entre outras), em conjunto com uma amostra mais robusta, poderá permitir realizar subanálises com interesse formativo.

Estudos longitudinais poderiam ajudar a compreender melhor como os conhecimentos e atitudes em relação aos cuidados paliativos evoluem ao longo do tempo, qual o resultado e impacto efetivo da formação. Além disso, a utilização de métodos qualitativos, como entrevistas ou grupos focais, poderia fornecer uma compreensão mais profunda das experiências e perceções dos profissionais sobre os cuidados paliativos.

## V. CONCLUSÕES FINAIS

Uma certeza temos todos na vida, é que iremos morrer. Para alguns será repentino, mas para a maioria será um declínio progressivo da funcionalidade, como resultado de um processo de doença. O envelhecimento populacional causa um aumento expressivo da carga de doenças, sejam elas oncológicas, cardiovasculares, insuficiências de órgão ou demências, com impacto nas vidas de milhões de pessoas em todo o mundo. E essa carga vai muito além dos sintomas físicos; afeta profundamente o bem-estar psicológico, social e espiritual, tanto da pessoa doente como da família. À medida que a expectativa de vida aumenta, também cresce a necessidade de cuidados especializados que não prologuem apenas a vida, mas enfoquem também a sua qualidade, especialmente nos estádios terminais. Cuidar das pessoas com necessidades paliativas, não apenas em fim de vida, mas ao longo da trajetória da doença, aliviando sintomas e proporcionando conforto, é um enorme privilégio e a prestação de cuidados deve ser baseada no conhecimento e formação em cuidados paliativos.

Os resultados do estudo revelam a necessidade premente de melhorar a formação e a competência em cuidados paliativos dos profissionais de saúde, não só clínicos como todos os outros que interagem com pessoas portadoras de doenças incuráveis e terminais. A percepção de insuficiência nos conhecimentos e competências, aliada à baixa estimativa de acesso a cuidados paliativos, aponta para a necessidade de intervenções educativas robustas. Verificou-se que os conhecimentos sobre cuidados paliativos ainda são limitados em várias áreas críticas, o que pode impactar negativamente a qualidade dos cuidados oferecidos aos doentes em fim de vida.

É crucial que programas de formação em cuidados paliativos sejam implementados de forma abrangente, visando não apenas o aumento do conhecimento teórico, mas também o desenvolvimento de habilidades práticas e de comunicação. Deve-se assim priorizar uma formação contínua e completa para garantir que todos os profissionais estejam bem munidos de ferramentas teóricas e práticas para lidar com as complexidades e desafios que surgem nesta área.

Em suma, este estudo sublinha a importância de uma educação contínua em cuidados paliativos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e assegurar que os profissionais de saúde estejam preparados para oferecer suporte integral e holístico aos seus doentes e famílias durante o processo de fim de vida. A implementação de políticas de saúde que garantam o acesso universal aos cuidados paliativos e a formação especializada dos profissionais são passos essenciais para alcançar esse objetivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roser M, Ritchie H, Spooner F. OurWorldInData.org. 2021 [cited 2023 Mar 26]. Burden of disease. Available from: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
2. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Health*. 2019 Jul 1;7(7):e883–92.
3. OECD and European Union. Health at a Glance: Europe 2020 [Internet]. Health at a Glance 2020. OECD; 2020. 230 p. (Health at a Glance: Europe). Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en)
4. Luis Capelas M, Fernandes Coelho P, Simões da Silva S, Ferreira C. Cuidar a Pessoa que Sofre: uma Teoria de Cuidados Paliativos. Universidade Católica Editora; 2017.
5. Oliveira S, Santiago LM, Dourado M. Conhecimento sobre Cuidados Paliativos em Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. *Acta Med Port*. 2021;34(4):250.
6. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. 2014 Feb;28(2):130–50.
7. Duncan I, Ahmed T, Dove H, Maxwell TL. Medicare Cost at End of Life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2019 Aug 1;36(8):705–10.
8. Mounsey L, Ferres M, Eastman P. Palliative care for the patient without cancer. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2018 Nov 1;47(11):765–9. Available from: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/november/palliative-care-for-the-patient-without-cancer>
9. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
10. Kumar S, Syed N, Jaykumar S, Prem V, Karvannan H, Karthikbabu S, et al. Study of nurses' knowledge about palliative care: A quantitative cross-sectional survey. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2012;18(2):122. Available from: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2012/18/2/122/100832>
11. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med* [Internet]. 2017 Dec 18;15(1):102. Available from: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0860-2>
12. Minosso JSM, Martins MMFP da S, Oliveira MA de C. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia TT - Adaptación transcultural del Bonn Palliative Care Knowledge Test: un instrumento para evaluar conocimientos y autoeficacia TT -. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2017;serIV(13):31–42.

Available from:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832017000200004&lang=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000200004&lang=en)  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn13/serlVn13a04.pdf>

13. van Riet Paap J, Vernooij-Dassen M, Brouwer F, Meiland F, Iliffe S, Davies N, et al. Improving the organization of palliative care: identification of barriers and facilitators in five European countries. *Implement Sci*. 2014;9:130.
14. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *Journal of Professional Nursing* [Internet]. 1993 Mar;9(2):79–88. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/8755722393900236>
15. Stokar YN, Pat-Horenczyk R. Effects of end-of-life care on medical health professionals: A dialectical approach. *Palliat Support Care*. 2022 Feb 2;20(1):76–83.
16. Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OME, Zaky ME, Mohammed HH, Amer FGM, et al. Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nurs*. 2024 Dec 1;23(1).
17. Peters L, Cant R, Payne S, O’connor M, Mcdermott F, Hood K, et al. How Death Anxiety Impacts Nurses’ Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. Vol. 7, *The Open Nursing Journal*. 2013.
18. Vilpert S, Borasio GD, Maurer J. Knowledge Gaps in End-of-Life Care and Planning Options Among Older Adults in Switzerland. *Int J Public Health*. 2022 Aug 25;67.
19. Zimmermann C, Wong JL, Swami N, Pope A, Cheng Y, Mathews J, et al. Public knowledge and attitudes concerning palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;
20. Kelley LT, Coderre-Ball AM, Dalgarno N, McKeown S, Egan R. Continuing Professional Development for Primary Care Providers in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review. *J Palliat Med*. 2020;23(8):1104–24.
21. Ioshimoto T, Shitara DI, Do Prado GF, Pizzoni R, Sassi RH, De Gois AFT. Education is an important factor in end-of-life care: Results from a survey of Brazilian physicians’ attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):1–8.
22. Vu HTT, Nguyen LH, Nguyen TX, Nguyen T, Nguyen TN, Nguyen H, et al. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jul 25;16(15):2656. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/15/2656>
23. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, Shinjo T, Yamagishi A, Suzuki S, et al. Improvements in Physicians’ Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 Aug;50(2):232–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.025>
24. Pinto E, Marcos G, Walters C, Gonçalves F, Sacarlal J, Castro L, et al. Palliative care in Mozambique: Physicians’ knowledge, attitudes and practices. *Hartshorn*

- K, editor. PLoS One [Internet]. 2020 Aug 24;15(8):e0238023. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0238023>
25. Martín-Martín J, López-García M, Medina-Abellán MD, Beltrán-Aroca CM, Martín-de-las-Heras S, Rubio L, et al. Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 May 10;18(9):5031. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/5031>
  26. Etafa W, Wakuma B, Fetensa G, Tsegaye R, Abdisa E, Oluma A, et al. Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PLoS One*. 2020 Oct 1;15(10 October).
  27. Altarawneh WM, Masa'deh R, Hamaideh SH, Saleh AM, Alhalaiqa F. Nurses' knowledge, attitudes and practices towards palliative care provided to patients diagnosed with cancer. *PLoS One*. 2023 Oct 1;18(10 October).
  28. Rees JN, Shields E, Altounji D, Murray P. An End-of-Life Care Educational Series to Improve Staff Knowledge and Comfort Levels. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2020 Dec 1;22(6):523–31.
  29. Aquino J, Crilly J, Ranse K. The end-of-life care practices of emergency care nurses and the factors that influence these practices: An integrative review. *Int Emerg Nurs*. 2022 Jul;63:101168.
  30. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: A population survey in England, Flanders, Germany, Italy, The Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*. 2012 Aug;23(8):2006–15.
  31. Dawood M. End of life care in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*. BMJ Publishing Group; 2019.
  32. Decker K, Lee S, Morphet J. The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2015 May 1;18(2):68–74.
  33. Marck CH, Weil J, Lane H, Weiland TJ, Philip J, Boughey M, et al. Care of the dying cancer patient in the emergency department: Findings from a National survey of Australian emergency department clinicians. *Intern Med J*. 2014;44(4):362–8.
  34. Beckstrand RL, Wood RD, Callister LC, Luthy KE, Heaston S. Emergency Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care Obstacles. *J Emerg Nurs*. 2012;38(5):e7.
  35. Dixe M dos A, Santo ID de O, Lopes S, Catarino H, Duarte S, Querido A, et al. Knowledge and Myths about Palliative Care among the General Public and Health Care Professionals in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jun 27;17(13):4630. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/13/4630>
  36. Wallerstedt B, Benzein E, Schildmeijer K, Sandgren A. What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(1):77–84.
  37. Lopes SAP. *Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos Estudantes de Licenciatura em Enfermagem*. 2013;

38. Wang W, Wu C, Bai D, Chen H, Cai M, Gao J, et al. A meta-analysis of nursing students' knowledge and attitudes about end-of-life care. Vol. 119, *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone; 2022.
39. Walker S, Gibbins J, Barclay S, Adams A, Paes P, Chandratilake M, et al. Progress and divergence in palliative care education for medical students: A comparative survey of UK course structure, content, delivery, contact with patients and assessment of learning. *Palliat Med*. 2016 Oct 1;30(9):834–42.
40. Bharmal A, Morgan T, Kuhn I, Wee B, Barclay S. Palliative and end-of-life care and junior doctors: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 2019 Nov 13;12(e6):E862–8.
41. Moresco B, Moore D. *Pediatric Palliative Care*. Vol. 49, *Hospital Practice*. Informa UK Ltd; 2021. p. 422–30.
42. Akard TF, Hendricks-Ferguson VL, Gilmer MJ. Pediatric palliative care nursing. *Ann Cardiothorac Surg*. 2019;8(Suppl 1):S39–48.
43. Pires M, Coimbra C, Doutora P, De M, Rodrigues A, Dourado F. *Literacia em Cuidados Paliativos de Profissionais e Não Profissionais de Saúde: Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos*. 2020.
44. Aregay A, O'Connor M, Stow J, Ayers N, Lee S. Measuring and exploring the barriers to translating palliative care knowledge into clinical practice in rural and regional health-care settings. *Palliat Support Care*. 2023;
45. Cha E, Lee S, Lee J, Lee I. Health Personnel's Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy Related to Providing Palliative Care in Persons with Chronic Diseases. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2020 Dec 1;23(4):198–211.
46. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. <https://apcp.com.pt/campanha-2022>. 2022. A Tua Vida Importa-nos - Dia Mundial dos Cuidados Paliativos 2022.
47. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: Talking about the end of life, before the end of life. Vol. 92, *Postgraduate Medical Journal*. BMJ Publishing Group; 2016. p. 466–70.
48. Anselm AH, Palda V, Guest CB, McLean RF, Vachon MLS, Kelner M, et al. Barriers to communication regarding end-of-life care: Perspectives of care providers. *J Crit Care*. 2005 Sep;20(3):214–23.
49. Chelazzi C, Villa G, Lanini I, Romagnoli S, Latronico N. The adult and pediatric palliative care: differences and shared issues. Vol. 3, *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*. BioMed Central Ltd; 2023.
50. Bryce C, Kam-Magruder J, Jackson J, Ledford CJW, Unwin BK. Palliative Care Education in the Family Medicine Clerkship: PRiMER. 2018;2:1–6.
51. Wallace CL, Cruz-Oliver DM, Ohs JE, Hinyard L. Connecting Personal Experiences of Loss and Professional Practices in Advance Care Planning and End-of-Life Care: A Survey of Providers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2018 Nov 1;35(11):1369–76.
52. Chang J, Qi Z, Jiang S, Li L, Sun Q. The impact of palliative care education and training program on the resident physicians. *Ann Palliat Med*. 2021;10(3):2758–65.

# APÊNDICES

## APÊNDICES

1. DIVULGAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.



Agropamento de Centros de Saúde da Arrábida



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

**CARO PROFISSIONAL DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL,**

No âmbito da Tese de **Mestrado em Cuidados Paliativos**, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está neste momento a desenvolver-se um projeto de investigação intitulado:

**CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OUTROS  
PROFISSIONAIS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Para desenvolver estratégias dirigidas a melhorar os cuidados prestados a doentes paliativos, é imprescindível entender qual o nível de conhecimento dos profissionais de saúde nesta área clínica. O estudo para o qual estamos a solicitar a sua colaboração tem como objetivo avaliar os conhecimentos sobre cuidados paliativos em profissionais de saúde clínicos e outros que contactam com doentes com necessidades paliativas. A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender estas questões nos conselhos de Setúbal, Palmela e Sesimbra, visando cuidados de saúde primários – ACES Arrábida – e secundários – Centro Hospitalar de Setúbal. Pretende-se que os profissionais beneficiem futuramente de formação dirigida tendo por base as conclusões formuladas com este estudo.

A sua participação neste estudo não acarreta risco previsíveis nem prejuízos caso não pretenda participar; é **voluntária** e constitui o seu **consentimento** informado, livre e esclarecido. Não existirá compensação monetária pela participação. As suas respostas serão **anonimizadas** e tratadas com a mais estrita **confidencialidade**, não existindo registo de dados de identificação. Somente os investigadores deste estudo terão acesso às suas respostas. Todos os resultados serão apresentados e divulgados de forma anonimizada.

Este projeto foi submetido à apreciação da CES-UCP (Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa), e às respetivas comissões de Ética do Centro Hospitalar de Setúbal e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), as quais emitiram parecer favorável.

<https://forms.gle/TWzZU8fwex1331zc6>

Pode **aceder aqui**,  
escanei com o telefone:



**MUITO OBRIGADA** pela sua participação e colaboração!

**Investigadora Principal:**  
*Ana Sofia Braz, médica interna de Medicina Geral e Familiar (ana.braz@arslvt.min-saude.pt)*

**Co-investigadoras:**  
*Prof. Doutora Maria dos Anjos Dixe, Prof Doutora Ana Isabel Querido, Dra. Cristina Pedrosa*

## 2. QUESTIONÁRIOS

### CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

No âmbito da Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está neste momento a desenvolver-se um projeto de investigação intitulado *“Conhecimentos dos Profissionais de Saúde e Outros Profissionais sobre Cuidados Paliativos”*.

Para desenvolver estratégias dirigidas a melhorar os cuidados prestados a doentes paliativos, é imprescindível entender qual o nível de conhecimento dos profissionais de saúde nesta área clínica. O estudo para o qual estamos a solicitar a sua colaboração tem como objetivo avaliar os conhecimentos em cuidados paliativos em profissionais de saúde clínicos e outros que contactam com doentes com necessidades paliativas. A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender estas questões no distrito de Setúbal.

Por favor responda sinceramente e considere uma só resposta em cada pergunta. As suas respostas serão anonimadas e tratadas com a mais estrita confidencialidade. Somente os investigadores deste estudo terão acesso às suas respostas. Todos os resultados serão apresentados e divulgados de forma anonimada.

**Muito obrigado pela sua pela colaboração!**

1. Idade \_\_\_\_ (anos)
2. Género  
 Masculino  Feminino
3. Grupo Profissional  
 Médico(a)  
 Enfermeiro(a)  
 Psicólogo(a)  
 Fisioterapeuta  
 Assistente Social  
 Outro
4. Habilitações Literárias  
 Menos de 4 anos de escolaridade  
 Ensino básico (até ao 9ºano)  
 Ensino secundário (12º ano)  
 Bacharelato  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento  
 Curso Tecnológico / Profissional / Outro
5. Local onde exerce atividade profissional  
 UCSP  USF  
 Outro local na comunidade (URAP, UCC, etc.)  
 Hospital, qual o serviço? \_\_\_\_\_
6. Já teve familiares em cuidados paliativos?  
 Não  Sim
7. Tem experiência profissional na área de cuidados paliativos?  
 Não  Sim, quanto tempo? \_\_\_\_ (anos)
8. Qual o seu tempo de experiência profissional?  
 \_\_\_\_\_ (anos)
9. Detêm formação específica em cuidados paliativos?  
 Não  
 Nível Básico (18 a 45h)  
 Nível Intermédio (>90h)  
 Nível Avançado (>280h)
10. Como classifica o seu nível de conhecimentos em cuidados paliativos?  
 Insuficiente  
 Suficiente  
 Moderado  
 Bom  
 Bastante Bom
11. Sabe como se organizam os cuidados paliativos em Portugal e as diferentes tipologias de serviços?  
 Não  Sim
12. Como classifica a sua competência para prestar cuidados paliativos?  
 Insuficiente  
 Suficiente  
 Moderada  
 Boa  
 Bastante Boa
13. Na sua opinião, que percentagem de pessoas com necessidades paliativas tem acesso a estes cuidados, a nível nacional?  
 ≤20%  
 21% a 39%  
 40% a 59%  
 60% a 79%  
 ≥80%

Classifique cada uma das seguintes afirmações como verdadeira (V), falsa (F) ou desconhecida (D) caso não tenha conhecimento sobre a mesma (D), marcando com uma X a opção escolhida.

O cuidador informal deve ter acesso a condições para o descanso no desempenho do seu papel.	V	F	D
As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente.	V	F	D
Deve-se ocultar a morte às crianças para não sofrerem.	V	F	D
As crianças em cuidados paliativos não devem frequentar a escolas porque são incapazes de praticar atividades lúdicas ou educativas.	V	F	D
Aquando da comunicação de más notícias importa atender ao que o doente quer saber.	V	F	D
Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada do doente”.	V	F	D
A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário.	V	F	D
Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa.	V	F	D
Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar na dispneia.	V	F	D
Os cuidados paliativos começam quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não terapêutica dirigida à doença.	V	F	D
Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada.	V	F	D
A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida.	V	F	D
Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais são parte integrante dos cuidados paliativos.	V	F	D
Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.	V	F	D
Os cuidados paliativos pediátricos são uma abordagem interdisciplinar da criança com doenças limitantes da qualidade e/ou esperança de vida e sua família.	V	F	D
Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento.	V	F	D
Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opioides.	V	F	D
Quando se comunica más notícias a uma criança, deve fazer-se em função da sua etapa de desenvolvimento e de forma gradual.	V	F	D
A via subcutânea permite a administração de soros.	V	F	D
Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte.	V	F	D
A adição é um problema grave quando se utiliza a morfina para o controlo da dor em cuidados paliativos.	V	F	D
A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.	V	F	D
Para tratar a dor na criança os profissionais devem orientar-se pelos princípios básicos da OMS, segundo a escala analgésica com 3 graus.	V	F	D
A angústia espiritual prolonga o sofrimento.	V	F	D
Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente.	V	F	D
Aos doentes sob tratamento analgésico com opioides devem ser prescritos laxantes.	V	F	D
As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos.	V	F	D
Doses altas de codeína são mais obstipantes que a morfina.	V	F	D
Como seu sistema nervoso ainda não está totalmente desenvolvido, as crianças têm menor sensibilidade à dor e memória limitada de experiências dolorosas.	V	F	D
A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções.	V	F	D

As benzodiazepinas são eficazes no controlo do delirium.	V	F	D
Crianças com menos de dez anos não conseguem relatar dor de modo confiável, então os profissionais devem confiar exclusivamente na avaliação dos pais.	V	F	D
Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	V	F	D
Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado.	V	F	D
Comparativamente com os adultos, o prognóstico, esperança de vida e resultado funcional são menos claros nos cuidados paliativos pediátricos.	V	F	D
Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico.	V	F	D
Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor.	V	F	D
Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	V	F	D
Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva.	V	F	D
Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde.	V	F	D
Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto.	V	F	D
Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	V	F	D
A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida.	V	F	D
Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos.	V	F	D
Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos.	V	F	D
Nos cuidados paliativos pediátricos existe necessidade mais frequente de integração com tratamentos intensivos modificadores da doença ou de suporte de vida.	V	F	D
Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos.	V	F	D
No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte.	V	F	D
Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas.	V	F	D
Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica.	V	F	D
Morrer em casa significa que a pessoa não teve acesso a toda a assistência médica necessária.	V	F	D
No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes.	V	F	D
Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos.	V	F	D
Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes.	V	F	D
No caso das crianças, estes cuidados podem prolongar-se por décadas, existindo incerteza prognóstica e a possibilidade de transição para cuidados de paliativos de adultos.	V	F	D
As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados.	V	F	D
A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte.	V	F	D
Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos.	V	F	D
O burnout é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos.	V	F	D
Não devem ser prestadas atitudes paliativas no bloco de partos, pois a morte fetal não constitui um elemento de intervenção dos cuidados paliativos pediátricos	V	F	D

### CONHECIMENTOS DE OUTROS PROFISSIONAIS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

No âmbito da Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está neste momento a desenvolver-se um projeto de investigação intitulado *“Conhecimentos dos Profissionais de Saúde e Outros Profissionais sobre Cuidados Paliativos”*.

Para desenvolver estratégias dirigidas a melhorar os cuidados prestados a doentes paliativos, é imprescindível entender qual o nível de conhecimento dos profissionais que contactam com estes doentes. O estudo para o qual estamos a solicitar a sua colaboração tem como objetivo avaliar os conhecimentos em cuidados paliativos em profissionais de saúde clínicos e outros que contactam com doentes com necessidades paliativas. A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender estas questões no distrito de Setúbal.

Por favor responda sinceramente e considere uma só resposta em cada pergunta. As suas respostas serão anonimadas e tratadas com a mais estrita confidencialidade. Somente os investigadores deste estudo terão acesso às suas respostas. Todos os resultados serão apresentados e divulgados de forma anonimizada

**Muito obrigado pela sua pela colaboração!**

1. Idade \_\_\_\_ (anos)
2. Género  
 Masculino  Feminino
3. Grupo Profissional  
 Técnico(a) Administrativo  
 Técnico(a) Auxiliar de Saúde  
 Segurança e Vigilância  
 Restauração  
 Outro
4. Habilitações Literárias  
 Menos de 4 anos de escolaridade  
 Ensino básico (até ao 9ºano)  
 Ensino secundário (12º ano)  
 Bacharelato  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento  
 Curso Tecnológico / Profissional / Outro
5. Local onde exerce atividade profissional  
 UCSP  USF  
 Outro local na comunidade (URAP, UCC, etc.)  
 Hospital, qual o serviço? \_\_\_\_\_
6. Qual o seu tempo de experiência profissional?  
 \_\_\_\_\_ (anos)
7. Já teve familiares em cuidados paliativos?  
 Não  Sim
8. Já teve contacto em contexto profissional com doentes em cuidados paliativos?  
 Não  Sim
9. Como classifica o seu nível de conhecimentos em cuidados paliativos?  
 Insuficiente  
 Suficiente  
 Moderado  
 Bom  
 Bastante Bom
10. Sabe como se organizam os cuidados paliativos em Portugal e as diferentes tipologias de serviços?  
 Não  Sim
11. Na sua opinião, que percentagem de pessoas com necessidades paliativas tem acesso a estes cuidados, a nível nacional?  
 ≤20%  
 21% a 39%  
 40% a 59%  
 60% a 79%  
 ≥80%

Classifique cada uma das seguintes afirmações como verdadeira (V), falsa (F) ou desconhecida (D) caso não tenha conhecimento sobre a mesma (D), marcando com uma X a opção escolhida.

Os cuidados paliativos destinam-se apenas aos doentes com cancro.	V	F	D
Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.	V	F	D
Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas independentemente da idade.	V	F	D
Só os doentes em fim de vida necessitam de cuidados paliativos.	V	F	D
As crianças podem ser tratadas como pequenos adultos.	V	F	D
Os cuidados paliativos aceleram a morte.	V	F	D
A dor, em cuidados paliativos, é normal e inevitável.	V	F	D
Os profissionais de cuidados paliativos promovem a eutanásia.	V	F	D
As crianças não sabem que estão a morrer a não ser que lhes digam.	V	F	D
Só podemos receber cuidados paliativos no hospital.	V	F	D
Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde.	V	F	D
A dor faz parte da morte em cuidados paliativos.	V	F	D
Os doentes em cuidados paliativos que deixam de comer morrem à fome.	V	F	D
Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	V	F	D
O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.	V	F	D
Não devem ser prestadas atitudes paliativos no bloco de partos, pois a morte fetal não constitui um elemento de intervenção dos cuidados paliativos pediátricos.	V	F	D
A morfina em cuidados paliativos acelera a morte.	V	F	D
Cuidados paliativos significam que “não há mais nada a fazer”.	V	F	D
Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.	V	F	D
Em cuidados paliativos os doentes são colocados quase sempre a dormir.	V	F	D
Os cuidados paliativos são úteis apenas para o controlo da dor.	V	F	D
Os cuidados paliativos são para quem não precisa de cuidados altamente diferenciados.	V	F	D
Nos cuidados paliativos pediátricos é necessária experiência para avaliar o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança e comunicar de forma apropriada.	V	F	D
Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	V	F	D
Os cuidados paliativos são para os doentes que não têm familiares para ajudar a cuidar.	V	F	D
Os cuidados paliativos são para doentes que têm apenas alguns dias de vida.	V	F	D
Os cuidados paliativos atrasam a morte.	V	F	D
Um dos objetivos dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida do doente.	V	F	D
Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.	V	F	D
O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.	V	F	D
A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.	V	F	D
Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.	V	F	D
Uma pessoa com demência pode receber cuidados paliativos.	V	F	D
Um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas.	V	F	D
Os cuidados paliativos começam quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não terapêutica dirigida à doença.	V	F	D

As equipas de cuidados paliativos são formadas apenas por médicos e enfermeiros.	V	F	D
Os cuidados paliativos podem diminuir o sofrimento dos doentes.	V	F	D
Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.	V	F	D
Os cuidados paliativos podem ajudar a controlar os efeitos secundários dos tratamentos médicos.	V	F	D
Quando os doentes recebem cuidados paliativos, têm de desistir do acompanhamento pelos outros médicos.	V	F	D
As crianças em cuidados paliativos não devem frequentar a escolas porque são incapazes de praticar atividades lúdicas ou educativas.	V	F	D
Um dos objetivos dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas a compreender as opções de tratamento.	V	F	D
Um dos objetivos dos cuidados paliativos é melhorar a capacidade das pessoas desempenharem as suas atividades de vida diárias.	V	F	D
Os cuidados paliativos pediátricos são para crianças com cancro.	V	F	D
Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com uma doença grave.	V	F	D
Os cuidados paliativos podem ser prestados ao mesmo tempo que os cuidados curativos.	V	F	D
O principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do doente.	V	F	D
O alívio do sofrimento em final de vida obriga ao internamento do doente.	V	F	D
O controlo de sintomas deve respeitar sempre os objetivos e desejos do doente.	V	F	D
Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais fazem parte dos cuidados paliativos.	V	F	D
Aquando da comunicação de más notícias, importa atender ao que o doente quer saber.	V	F	D
Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada do doente”.	V	F	D
As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente.	V	F	D

### 3. DOMÍNIOS DO CONHECIMENTO E RESPOSTAS CORRETAS

#### DOMÍNIOS DE CONHECIMENTOS:

- Conceito e Ideologia
- Cuidados e Abordagem de Sintomas
- Visão Holística e Comunicação
- Processo de Morrer e Luto
- Cuidados Paliativos Pediátricos

#### 1. CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PS) SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

AFIRMAÇÃO	R	DOMÍNIO
A_1_O cuidador informal deve ter acesso a condições para o descanso no desempenho do seu papel.	V	Visão Holística e Comunicação
A_2_As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente.	F	Conceito e Ideologia
A_3_Deve-se ocultar a morte às crianças para não sofrerem.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_4_As crianças em cuidados paliativos não devem frequentar a escolas porque são incapazes de praticar atividades lúdicas ou educativas.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_5_Aquando da comunicação de más notícias importa atender ao que o doente quer saber.	V	Visão Holística e Comunicação
A_6_Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada ao doente”.	F	Visão Holística e Comunicação
A_7_A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário.	F	Visão Holística e Comunicação
A_8_Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_9_Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar na dispneia.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_10_Os cuidados paliativos começam quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não terapêutica dirigida à doença.	V	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_11_Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_12_A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_13_Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais são parte integrante dos cuidados paliativos.	V	Visão Holística e Comunicação
A_14_Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.	F	Visão Holística e Comunicação

A_15_ Os cuidados paliativos pediátricos são uma abordagem interdisciplinar da criança com doença limitante ou ameaçadora de vida e sua família.	V	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_16_ Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_17_ Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opioides.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_18_ Quando se comunica más notícias a uma criança, deve fazer-se em função da sua etapa de desenvolvimento e de forma gradual.	V	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_19_ A via subcutânea permite a administração de soros.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_20_ Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte.	V	Visão Holística e Comunicação
A_21_ A adição é um problema grave quando se utiliza a morfina para o controlo da dor em cuidados paliativos.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_22_ A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_23_ Para tratar a dor na criança os profissionais devem orientar-se pelos princípios básicos da OMS, segundo a escala analgésica com 3 degraus.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_24_ A angústia espiritual prolonga o sofrimento.	V	Visão Holística e Comunicação
A_25_ Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_26_ Aos doentes sob tratamento analgésico com opioides devem ser prescritos laxantes.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_27_ As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_28_ Doses altas de codeína são mais obstipantes que a morfina.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_29_ Como seu sistema nervoso ainda não está totalmente desenvolvido, as crianças têm menor sensibilidade à dor e memória limitada de experiências dolorosas.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_30_ A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_31_ As benzodiazepinas são eficazes no controlo do delirium.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas

A_32_Crianças com menos de dez anos não conseguem relatar dor de modo confiável, então os profissionais devem confiar exclusivamente na avaliação dos pais.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_33_Não há esperança, no sentido espiritual, para os doentes que recebem cuidados paliativos.	F	Visão Holística e Comunicação
A_34_Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_35_Comparativamente com os adultos, o prognóstico, esperança de vida e resultado funcional são menos claros nos cuidados paliativos pediátricos.	V	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_36_Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_37_Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_38_Os cuidados paliativos são só para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	F	Conceito e Ideologia
A_39_Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva.	V	Conceito e Ideologia
A_40_Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde.	F	Conceito e Ideologia
A_41_Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto.	F	Conceito e Ideologia
A_42_Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	F	Conceito e Ideologia
A_43_A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida.	F	Conceito e Ideologia
A_44_Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos.	F	Conceito e Ideologia
A_45_Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos.	F	Conceito e Ideologia
A_46_Nos cuidados paliativos pediátricos existe necessidade mais frequente de integração com tratamentos intensivos modificadores da doença ou de suporte de vida.	V	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_47_Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos.	F	Conceito e Ideologia
A_48_No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte.	V	Visão Holística e Comunicação
A_49_Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas.	V	Conceito e Ideologia
A_50_Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica.	F	Processo de Morrer e Luto
A_51_Morrer em casa significa que a pessoa não teve acesso a toda a assistência médica necessária.	F	Processo de Morrer e Luto
A_52_No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes.	F	Processo de Morrer e Luto

A_53_ Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos.	F	Conceito e Ideologia
A_54_ Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes.	F	Conceito e Ideologia
A_55_ No caso das crianças, estes cuidados podem prolongar-se por décadas, existindo incerteza prognóstica e a possibilidade de transição para cuidados de paliativos de adultos.	V	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_56_ As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados.	V	Conceito e Ideologia
A_57_ A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte.	F	Visão Holística e Comunicação
A_58_ Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos.	F	Processo de Morrer e Luto
A_59_ O burnout é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos.	F	Visão Holística e Comunicação
A_60_ Não devem ser prestadas atitudes paliativos no bloco de partos, pois a morte fetal não constitui um elemento de intervenção dos cuidados paliativos pediátricos.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos





## 2. CONHECIMENTOS DE OUTROS PROFISSIONAIS (OP) SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

AFIRMAÇÃO	R	DOMÍNIO
A_1_ Os cuidados paliativos destinam-se apenas aos doentes com cancro.	F	Conceito e Ideologia
A_2_ Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_3_ Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas independentemente da idade.	V	Conceito e Ideologia
A_4_ Só os doentes em fim de vida necessitam de cuidados paliativos.	F	Conceito e Ideologia
A_5_ As crianças podem ser tratadas como pequenos adultos.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_6_ Os cuidados paliativos aceleram a morte.	F	Processo de Morrer e Luto
A_7_ A dor, em cuidados paliativos, é normal e inevitável.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_8_ Os profissionais de cuidados paliativos promovem a eutanásia.	F	Processo de Morrer e Luto
A_9_ As crianças não sabem que estão a morrer a não ser que lhes digam.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_10_ Só podemos receber cuidados paliativos no hospital.	F	Conceito e Ideologia
A_11_ Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde.	F	Conceito e Ideologia

A_12_Em cuidados paliativos a dor faz parte do processo.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_13_Os doentes em cuidados paliativos que deixam de comer morrem à fome.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_14_Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	F	Visão Holística e Comunicação
A_15_O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.	F	Visão Holística e Comunicação
A_16_Não devem ser prestadas atitudes paliativas no bloco de partos, pois a morte fetal não constitui um elemento de intervenção dos cuidados paliativos pediátricos.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_17_A morfina em cuidados paliativos acelera a morte.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_18_Cuidados paliativos significam que “não há mais nada a fazer”.	F	Conceito e Ideologia
A_19_Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.	F	Visão Holística e Comunicação
A_20_Em cuidados paliativos os doentes são colocados quase sempre a dormir.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_21_Os cuidados paliativos são úteis apenas para o controlo da dor.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_22_Os cuidados paliativos são para quem não precisa de cuidados altamente diferenciados.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_23_Nos cuidados paliativos pediátricos é necessária experiência para avaliar o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança e comunicar de forma apropriada.	V	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_24_Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	V	Conceito e Ideologia
A_25_Os cuidados paliativos são para os doentes que não têm familiares que cuidem deles.	F	Conceito e Ideologia
A_26_Os cuidados paliativos são para doentes que têm apenas alguns dias de vida.	F	Conceito e Ideologia
A_27_Os cuidados paliativos atrasam a morte.	F	Conceito e Ideologia
A_28_Um dos objetivos dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida do doente.	V	Conceito e Ideologia
A_29_Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_30_O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_31_A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas

A_32_Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.	F	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_33_Uma pessoa com demência pode receber cuidados paliativos.	V	Conceito e Ideologia
A_34_Um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas.	V	Conceito e Ideologia
A_35_Os cuidados paliativos começam quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não terapêutica dirigida à doença.	V	Conceito e Ideologia
A_36_As equipas de cuidados paliativos são formadas apenas por médicos e enfermeiros.	F	Conceito e Ideologia
A_37_Os cuidados paliativos podem diminuir o sofrimento dos doentes.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_38_Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.	V	Conceito e Ideologia
A_39_Os cuidados paliativos podem ajudar a controlar os efeitos secundários dos tratamentos médicos.	V	Cuidados e Abordagem de Sintomas
A_40_Quando os doentes recebem cuidados paliativos, têm de desistir do acompanhamento pelos outros médicos.	F	Conceito e Ideologia
A_41_As crianças em cuidados paliativos não devem frequentar a escola porque são incapazes de praticar atividades lúdicas ou educativas.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_42_Um dos objetivos dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas a compreender as opções de tratamento.	V	Conceito e Ideologia
A_43_Um dos objetivos dos cuidados paliativos é melhorar a capacidade das pessoas desempenharem as suas atividades de vida diárias.	V	Conceito e Ideologia
A_44_Os cuidados paliativos pediátricos são para crianças com cancro.	F	Cuidados Paliativos Pediátricos
A_45_Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com uma doença grave.	V	Visão Holística e Comunicação
A_46_Os cuidados paliativos podem ser prestados ao mesmo tempo que os cuidados curativos.	V	Visão Holística e Comunicação
A_47_O principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do doente.	V	Visão Holística e Comunicação
A_48_O alívio do sofrimento, em final de vida, obriga ao internamento do doente.	F	Processo de Morrer e Luto
A_49_O controlo de sintomas deve respeitar sempre os objetivos e desejos do doente.	V	Visão Holística e Comunicação
A_50_Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais fazem parte dos cuidados paliativos.	V	Visão Holística e Comunicação
A_51_Aquando da comunicação de más notícias, importa atender ao que o doente quer saber.	V	Visão Holística e Comunicação
A_52_Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada do doente”.	F	Visão Holística e Comunicação
A_53_As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente.	F	Visão Holística e Comunicação

#### 4. CONSENTIMENTO INFORMADO

 <b>CATOLICA</b> INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	 arslvt LISBOA E VALE DO TEJO	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.	 ACES Arrábida Agrupamento de Centros de Saúde de Arrábida
			CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

**CARO PROFISSIONAL,**

No âmbito da Tese de **Mestrado em Cuidados Paliativos**, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está neste momento a desenvolver-se um projeto de investigação intitulado:

**CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OUTROS PROFISSIONAIS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Para desenvolver estratégias dirigidas a melhorar os cuidados prestados a doentes paliativos, é imprescindível entender qual o nível de conhecimento dos profissionais de saúde nesta área clínica. O estudo para o qual estamos a solicitar a sua colaboração tem como objetivo avaliar os conhecimentos sobre cuidados paliativos em profissionais de saúde clínicos e outros que contactam com doentes com necessidades paliativas. A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender estas questões nos conselhos de Setúbal, Palmela e Sesimbra, visando cuidados de saúde primários – ACES Arrábida – e secundários – Centro Hospitalar de Setúbal.

A sua participação neste estudo é **voluntária** e constitui o seu **consentimento** informado, livre e esclarecido. Solicitamos, somente, que, no verso desta página, coloque o seu nome e rubrique, de modo a comprovar o seu consentimento.

As suas respostas serão **anonimizadas** e tratadas com a mais estrita **confidencialidade**. Somente os investigadores deste estudo terão acesso às suas respostas. Todos os resultados serão apresentados e divulgados de forma anonimizada.

Este projeto foi submetido à apreciação da CES-UCP (Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa), e às respetivas comissões de Ética do Centro Hospitalar de Setúbal e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), as quais emitiram parecer favorável.

Estamos ao dispor para qualquer esclarecimento e informação adicional que entenda necessários.

**MUITO OBRIGADA** pela sua participação e colaboração!

Consentimento Informado – **INVESTIGADOR**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Ana Sofia Braz  
(Investigadora Principal)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data

Consentimento Informado – **PARTICIPANTE**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O(A) Sr. (a) declara ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que lhe foram fornecidas pelo investigador e ter tido oportunidade de esclarecer potenciais dúvidas com o mesmo;
- \* Foi-lhe garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências; da mesma forma, se assim o entender de todos os dados até à data recolhidos serem totalmente eliminados;
- \* Aceita voluntariamente participar no estudo e permite a utilização dos dados recolhidos, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que lhes são dadas pelos investigadores leu e compreendeu todas as informações desta informação e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* O(A) Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante (Legível)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data